

4875
SIP

كتاب

الأخضر النشائي

وعلاجه وطرق الوقاية منها

تأليف

الدكتور خير الدين

طبيب الجلدية والأمراض التناسلية

(حقوق إعادة الطبع محفوظة للناس)

عنيت بنشره

المطبعة: العصرية

صندوق البوسطة نمرة ٩٥٤ مصر

مؤلفات الدكتور فخري

- «١» المرأة وفلسفة التناسليات .
- «٢» انتشار البغاء والأمراض التناسلية بالقطر المصري .
والطرق الممكنة اتباعها لمحاربتها .
- «٣» التناسل في الحيوان والنبات والانسان .
- «٤» هل تتساوى المرأة بالرجل في جميع الحقوق والواجبات .
- «٥» الضعف التناسلي عند الذكور والاناث .
« أنواعه وطرق الوقاية منه وعلاجه »

لك يا مصر ولشبيبك وطن يدرسونه الطب من أبنائك
أقدم كتابي هذا بالعربية عليك تقولي يوماً ما انى نمت بعشر
مئزار الواجب على كطبيب فخلص لبلادك ولتقم

دكتور فخرى

مقدمة الطبعة الثانية

لكتاب الأمراض التناسلية

عنيت في هذه الطبعة بالتوسيع في كثير يولوجيا وباتولوجيا الامراض التناسلية ،
وأكبر تغيير في هذه الطبعة يوجد في بابي العلاج في مرض الزهري والسيلان ،
واجتهدت - بقدر ما يسمح به حجم مثل هذا الكتاب - في أن أشرح قيمة فحص
الدم في مرض الزهري ، وما عدا ذلك فهو زيادة في عدد الصور التي قد تنير أذهان
القارئ عن بعض أنواع الامراض

وقبل أن أختتم هذه المقدمة أقدم جزيل شكرى لحضرات الزملاء الذين تنازلوا
بتوجيه تقديم القيم عن الطبعة الأولى وقد يكون كثير من الاصلاح في الطبعة الثانية
عائداً الى عنايتهم ومساعدتهم .

وأشكر حضرات من شكرتهم في الطبعة الأولى لاستمرارهم في مساعدتى على
تجهيز هذه الطبعة ما

دكتور فخرى

مصر ٨١ شارع الملكة نازلي

مقدمة

لما قام المؤلف بالقاء محاضراته عن « الأمراض التناسلية وعلاجها وطرق الوقاية منها » بالجامعة المصرية في سنتها الدراسية (١٩٢١ - ١٩٢٢) كانت تأتيه الرسائل من جهات مختلفة يطلب فيها كاتبوها نسخاً من هذه المحاضرات فلم ير بداً من إجابة طلب الشبيبة . وفعلاً كتب هذه المحاضرات وكان عازماً على طبعها وقبل أن ينفذ عزمه هذا قامت الضجة الهائلة حول تعليم الطب باللغة العربية . ولما كان المؤلف ممن يقولون بهذا الرأي فقد غرّ وحوّر في محاضراته ليخرجها في شكل كتاب يليق بأن يقدم كدليل بسيط على أننا إذا أردنا أن نكتب مؤلفات لطلبة الطب بالعربية فيمكننا تميم ذلك خصوصاً إذا تعاونت المهنة وقام كل بالتأليف أو الترجمة في الفرع الذي وقف حياته على الاشتغال به ودراسة مباحثه وأسراره . ولما كانت شبيبة البلاد في حاجة للاطلاع على حقيقة هذه الأمراض فقد لاحظ المؤلف ذلك في لغة الكتاب التي جعلها بسيطة للغاية وقد تحاشى استعمال الألفاظ الفنية بقدر الامكان حتى يسهل على كل شخص متعلم غير رجال الطب فهم كتابه . وفي الواقع ونفس الأمر يمكننا أن نقول أن كل قارئ دقيق يمكنه فهم الكتاب جيداً إذا استثنينا باب وصف (زهرى الجلد) . ولا داعي لتأكيد المبدأ القائل أنه « لا توجد مشقة في فهم أى موضوع طالما يريد القارئ فهمه » وتطبيقاً لهذا المبدأ يمكننا أن نقول ان كل قارئ دقيق يمكنه أيضاً فهم باب (زهرى الجلد) فهماً تقريبياً إذا طالعه ببطء وتأن .

ويرى المؤلف أن يعتذر عن عدم شرح بكتريولوجيا وباتولوجيا هذه الامراض

شرحاً مطولاً لضيق المقام وصغر حجم الكتاب (١) . وقد أسهب قليلاً في وصف العلاج الحديث مؤملاً أن يقدم خدمة صغيرة لحضرات زملائه الأطباء الذين لا يجدون منسجاً كافياً من وقتهم لمطالعة تفاصيل هذه العلاجات . وقد اختصر المؤلف في وصف بعض المواضيع تاركاً تفاصيل هذه الأبواب لمؤلف أكبر من هذا نعد القارىء به عندما يتم . وأما طريقة المؤلف في وضع الألفاظ الفنية فقد وصفها ودافع عنها في الجرائد اليومية أيام كان بعض المهتمين بتعليم الطب بالعربية يشغلون جزءاً من أعمدة هذه الجرائد . ولا بأس من ذكر شيء هنا لتبرير طريقته ولذا تقول :

ان الطب علم قديم حقيقة وقد نبغ فيه المصريون واليونان والعرب وغيرهم من الأمم القديمة ولكن الحقيقة هي أن الطب الحديث يختلف تماماً عن الطب القديم . وفي الواقع ان علم الطب الحديث لم يبدأ الا بعد اكتشاف الدورة الدموية والميكروسكوب . وبعد هذين الاكتشافين كثرت المباحث واتسعت المؤلفات واضطر العلماء لاستعمال آلات وعقاقير لم تكن موجودة ولم يحلم بها رجال الطب الاقدمون . واضطر العلماء بطبيعة الحال لايجاد أسماء لكل شيء حديث . ومنعاً للتحاسد بين الأمم الراقية وتعميماً لفائدة الاكتشافات والمباحث اصطلح العلماء على استعمال أسماء لكل جديد في فهم يركبونها من اللغتين الواسعتين العتيقتين (اللاتينية واليونانية) (٢) فصار الفرنسي والانجليزى والامانى والنمساوى والايطالى واليابانى والروسى وغيرهم يستعملون اسماً واحداً علمياً في اصطلاحاتهم وأصبحت الاصطلاحات العلمية الفاظاً (دولية) أى (اينترناشيونال) وبذا سهل على الانجليزى الذى يعرف الالمانية ولو قليلاً أن يفهم المؤلفات والمجلات الالمانية وكذلك الألمانى يفهم الكتب العلمية الفرنسية وهكذا . حتى قام المصريون يطالبون باستعمال اللغة العربية في تعليم الطب . وهنا

(١) سقطت في الطبعة الاولى لفظتنا « شرحاً مطولاً »

(٢) وقد كان هذا شأن الامم العربية لما كانت مطالب معيشتها منحصرة في شئون معينة وأطوار خاصة . كالحروب وأدواتها والفيانى وحيواناتها ونباتاتها وغيرها . فلما شعروا باحتياجهم لالفاظ تزيد عما كانوا يستعملونه لذلك ولم يجدوا الفاظاً تكفيهم للتعبير الدقيق عن هذه المعانى الحيوية « فلم يأنفوا من أن يتناولوا اسمه الاعجمى ويلبسونه مشلحاً وعقالاً فيصبح عربياً »
« جمال الدين الافغانى »

تقف أمام مبحثين مهمين : المبحث الأول هو تعصبنا الاعمى للغة العربية الذي قد يقودنا عن غير قصد لقتل هذه اللغة واخراجها من مصاف اللغات العظيمة التي تصلح لدراسة العلوم كما فعل من سبقنا من محبيها حباً جما وعاشقياً عشقاً دفعهم لحمايتها من دخول الألفاظ الفنية فيها فحكموا علينا وعلى كل عارفيها بالعجز التام عن استعمالها في دراستهم . والمبحث الثاني هو تنفيذ رغبتنا الصادقة في جعل اللغة العربية لغة علمية حديثة ليدرس بها أبناؤنا وتكتب بها مؤلفاتنا وتتسع المكتبة العربية وتصير غنية بدرجة لا تحقرنا كما هي الحال الآن . ولا يتأتى لنا ذلك الا اذا تمكن الطالب الذي يدرس باللغات الاجنبية . ولا يمكننا أن نحلم بذلك الا اذا مكنا الطالب الذي يدرس بالعربية من أن يصير قادراً على مراجعة الكتب والمجلات الفنية الأجنبية تمكيناً أمكناً كما يفعل زميله الأجنبي . ولا يقدر من يدرس العربية أن يفهم هذه الكتب والمجلات الا اذا عرف اللغات الأجنبية والاصطلاحات الفنية كما هي في هذه اللغات . نعم قد يقول بعضهم لا لزوم لادخال الفاظ أجنبية في اللغة العربية وتكفي الطالب معرفته اللغة العربية أو الانجليزية لفهم مؤلفات هاتين اللغتين . ولكننا نرد على هؤلاء بقولنا أنه لا يمكن هذا الطالب فهم هذه المؤلفات الأجنبية لأنه ان يفهم الاصطلاحات العلمية بها اذا درس العلم بالعربية التي لم ندخل بها هذه الاصطلاحات . لأن الانجليزي والفرنسي لا يفهمان الكتب الفنية المكتوبة في لغتهما لوجود ألفاظ فنية بها لم يدرسها قبالاً . وليلاحظ حضرات المدافعين عن نظرية « عدم ادخال الالفاظ الأجنبية في كتبنا العربية » ان الطالب - خصوصاً طالب الطب - يلاقى مشقة هائلة في حفظ الاصطلاحات العلمية واستبقائها في رأسه حتى تثبت في ذاكرته بواسطة المراجعة الكثيرة والاطلاع الواسع . فما بالهم يريدون منه أن يحتمل مشقتين مشقة الدراسة الاولى وشقاء حفظ اصطلاحات أجنبية أخرى ليفهم بها المؤلفات والمجلات التي مستجمله طبيباً قادراً عالماً وبدونها لا يكون الا حاملاً وريقة تشهد له بأنه حفظ بضعة كتب لا تقدم ولا تؤخر في علم الطب لأنها كتبه المدرسية التي ستكون بطبيعة الحال قليلة ومحدودة . ونقول أيضاً للمدافعين عن هذه النظرية « واذا لم ندخل الاصطلاحات الفنية الأجنبية في لغتنا فأين نجد اصطلاحات نستعملها ؟ » نعم قد يقولون ان اللغة

العربية التي وسعت كتاب الله لا تعجز عن أن تسع اصطلاحات فنية . هذا حقيقى ونحن نجل اللغة العربية ونحبها ونحترمها ولذا نكتب مؤلفاتنا بها . ولكن أين نجد هذه الاصطلاحات ؟ ان العلوم العصرية علوم نبغت حديثاً وكل الاكتشافات والاختراعات حديثة وأسمائها وضعت حديثاً فلا يوجد بين كل ما استعمله العرب من الأسماء مثيل لها . يقولون نضع لها اصطلاحات عربية صميّة فنواقفهم لمجرد تميم المبحث ونسألهم « هل نجنى ثمرة من وضع اصطلاحات فنية عربية استبدادية ؟ وهل يقدر الطالب بعد ذلك على فهم المؤلفات والمجلات الاجنبية ؟ » كلا . كما قلنا سابقا . وغاية ما نجنيه هو وضع عدة ألفاظ — اذا قدرنا — لتدل على معنى كل العالم يعرفه باسم واحد ونحن نخلق له اسماً آخر لنقف به فى سبيل تلايمـذنا لنعجزهم عن فهم ما يفهمه رجال الدنيا فى أى قطر كانوا . وهل سنصل فى نبوغنا عند وضع اسم فى نبوغ ذاك الذى سى (الاوتومويل) سيارة ؟ ! ! ولست أدري ماذا جنته اللغة العربية من المكاسب باستعمال لفظة سيارة دلالة على (الاوتومويل) . . ؟ ! ان لفظة (اوتومويل) الاجنبية لها معنى فى أى انها آلة « تتحرك بنفسها » ولكن لفظة سيارة معناها لغة كل ما سار أو من سارت على الارض فهى سيارة . (فالركب) سيارة و (العربية) سيارة و (الحمار) سيارة و (السيدة) سيارة . واذا حاسبنا ضمائرنا لوجدنا أن الفلاح فى القرى وبعض (الافندية) غير المتعلمين جيداً لا يفهمون الا لفظة (اوتومويل) او (اوتروميل) واذا قلت لواحد منهم « احضر لى سيارة » لوقف أمامك (كالحمار) فاتحاً فاه . . . ولست أدري لماذا يفهم أهل القطر كلهم لفظة (تلغراف) ولماذا لانضع له اسماً آخر ؟ وأدق اسم يدل عليه فنياً بالعربية سيكون طبعاً « آلة ترسل بها رسالة أو اشارة من بلد لبلد قريبة أو بعيدة بدون أن يحملها شخص أو (وابلور) او طيارة أو حمار أو عفريت » . وهل خسرت اللغة العربية حصناً من حصونها وهل ذلك ركن من أركانها لما استعملنا ديمقراطية . واوتوقراطية . وأريستوقراطية . وبولشفية . ولاسلكية . وداروينيزم . وبولوينزم . وغيرها من الالفاظ التى يفهمها الآن حتى من لا يعرفون لغة أجنبية . هذا من جهة ضعف الالفاظ التى سنصطلح عليها عن التعبير عن معناها الحقيقى . ولكن ما بالهم لا يفكرون فى ارتباط كل العلوم الحديثة ببعضها

واحتياج طالب هذا العلم لمعرفة اصطلاحات ذاك العلم الآخر . وهل سيتفق واضع اصطلاحات علم الفيسيولوجيا ^(١) مع واضع اصطلاحات الطب الاكليبيكي مع واضع الاسماء التشريحية مع واضع اصطلاحات الجراحة . الخ . وهل سيتفق هؤلاء جميعاً مع من يضعون الاصطلاحات الطبيعية والكياوية والميكانيكية . الا أن مثل هذا الاتفاق صعب وشاق بل ربما كان مستحيلاً عملياً ولو انه سهل جداً عند ادعائه في المقالات والجدل . واخيراً بعد ما نستبد بالطالب ونضع له اصطلاحات مبتكرة من اللغة هل سنترجم له كل المؤلفات الأجنبية التي يجب عليه الاطلاع عليها ليصبح عالماً . الا ان اصحاب النظرية اغنياء جداً ونشطون للغاية اذ عندهم من المال والرجال الاكفاء المثابرين على العمل بمجد ونشاط ما يكفي لعمل ضخمة هائل كهذا . أما نحن فنقول بوضع الالفاظ العلمية الاجنبية كما هي مكتوبة بالعربية فمثلاً (فاجينوسكوب) معناها منظار المهبل . او (يوريثروسكوب) معناها منظار مجرى البول . او (جورنوريال يوريثريتيس) معناها التهاب مجرى البول السيلاني . وفي آخر كل مؤلف نضع كشفاً بهذه الاصطلاحات يكتب في ثلاثة أعمدة هكذا

Vaginoscopo	فاجينوسكوب	منظار المهبل
Urethroscope	يوريثروسكوب	منظار مجرى البول
Gonorrheal urethritis	جورنوريال يوريثريتيس	التهاب مجرى البول السيلاني

ومحافظة على رغبة بعض المعتدلين لا بأس من كتابة أي اصطلاح عربي يكون موجوداً أو الاجتهاد في ترجمة الاصطلاح الأجنبي ووضع هذه الترجمة أيضاً . ولكن لا بد من وضع الاسم الأجنبي : أولاً لرفع سوء التفاهم الذي قد ينتج من ترجمة مؤلفين مختلفين . وثانياً ليتمكن كل مجتهد من التأليف والترجمة ولا يتقاعس عنهما خوفاً من جهله بالاصطلاحات العربية . وثالثاً ليتمكن الطلبة من معرفة الالفاظ

(١) عفواً ايها القارئ فقد ترجموا فيسيولوجيا هكذا « علم وظائف الاعضاء » مع انه علم دراسة الحياة من جهة الاحزمة (سيستيمز) ونظامها وارتباطها ببعضها وأما هذه الترجمة فهي ترجمة لاسم علم آخر اذا جاز التعبير عنه فيكون قنياً « اورجانونولوجيا » فانظر دقتنا حتى في ترجمة أسماء العلوم نفسها .

الأجنبية كما هي حتى يقدروا على مطالعة الكتب والمجلات الأجنبية . ورابعاً لأن العالم كله يعمل ذلك ونحن لم نضع لبان العلوم مثلهم ولا نزيد عنهم تعصباً للغتنا . وخامساً توفيراً للمبالغ الطائلة والوقت الثمين اللذين نصرفهما في وضع اصطلاحات استبدادية لا نجنى منها الا تتهقراً مستمراً في درجة نبوغ أبنائنا الفنيين . وسادساً لأن اللغة واسطة للتفاهم فقط وليست اللغة غاية نسعى اليها بل بالعكس نعتقد اننا اذا فعلنا ذلك وأدخلنا الألفاظ الأجنبية الفنية على لغتنا فانها تزيد اتساعاً وعظمة . وأما من يخافون على القرآن الكريم أو لعة الشرع القويم من دخول الفاظ أعجمية في اللغة العربية فقد غاب عن ذهنهم أن القرآن الكريم هو قانون اللغة والبديع والبيان وهو ميزان النحو والصرف فهو حامي حتى اللغة . فطالما هو موجود فلا خوف على اللغة من دخول ملايين الالفاظ الاعجمية فيها .

وقد اتبع المؤلف طريقته هذه في كتابه ويمجد القارىء أكثر الالفاظ الفنية بالعربية وقد وضع المؤلف هذه الترجمة اجتهاداً منه في ايجاد تعريب لما صادفه من الاصطلاحات ولكنه وضع الاصطلاح الاجنبى بجوار هذه الترجمة ابقاء على ما يريد افهامه للقارىء من المعانى . ويمجد القارىء كشافاً بكل الاصطلاحات الاجنبية الواردة بالكتاب في آخره . وينصح القارىء بمراجعة هذا الكشف جيداً قبل قراءة الكتاب . ويعتذر المؤلف للقراء عن الاغلاط الواردة بالكتاب وهي بسيطة وتسهل على القارىء الكريم ملاحظتها ويمكنه التكرم باغضاء الطرف عنها أو تنبيهنا اليها لتعاشاها في الطبعة الثانية . وان تاريخ ظهور بعض المجلات العلمية التى استشهد بها المؤلف لكفيل باظهار حقيقة الزمن الذى تم فيه تجهيز هذا الكتاب . ولو ان قصر الوقت ليس مبرراً لنقائص عمل أى انسان ولكننا نأمل فى عطف القارىء على من أخرج كتاباً هو اول عينة ظهرت فى هذا الفن بالعربية . ويريد المؤلف أن يقدم جزيل شكره لحضرات المؤلفين الذين نقل عنهم بعض الرسوم الواردة بالكتاب وهم العلماء (بوشكه) و (ماكس جوزيف) و (ماك دوناخ)

وقد نقل المؤلف (رسم نمرة ٣٩ ونمرة ٤١ ونمرة ٤٢) عن كتاب التشرىح (الطوبوغرافى) للعلامة « تيبو » الفرنسى . وبطبيعة الحال قد نقلت هذه الرسوم مع

بعض التغيير في شكلها ولونها . ولم يضع المؤلف رسوماً ملونة في كتابه لعدم وجود استعداد كاف لسوء الحظ في قطرنا لتجهيز هذه الرسوم الملونة . ولا يسعه الا تقديم جزيل شكره لعبد الرحمن افندى كمال الموظف بوزارة الزراعة لتكرمه بعمل الرسوم التي بالكتاب . ويشكر المؤلف ايضاً المسيوقره بت اراكليان الحفار بشارع المدايح لعنايته في تجهيز جميع (كايستيات) الصور التي بالكتاب وحضرة محفوظ افندى رزق الموظف بوزارة الزراعة لمساعدته في تميم كشف الاصطلاحات الفنية بآخر الكتاب

واذا جاز لغيرى من المؤلفين أن يشكو ولو قليلاً من ادارة المطبعة التي طبع بها كتابه فاني أراني عاجزاً عن ايفاء حصرة الياس افندى انطون الياس صاحب المطبعة المصرية شكرى واعلان عظيم امتنانى من حسن معاملته لى ولكتابى ومساعدته التامة فى اخراج كتابى متقناً بقدر ما تسمح الطباعة فى مصر وبسرعة مدهشة . وفى نفس الوقت اقدم شكرى لجميع عمال مطبعته

وأخيراً اسأل المولى توفيقنا لتسيم مؤلفنا الآخر وأتمنى أن ينتفع كل من يقرأ ما نكتب بمقدار وقته الذى يصرفه فى مطالعته .

دكتور فخرى

القاهرة فى { ٢٩ صفر سنة ١٣٤١
٢٠ أكتوبر سنة ١٩٢٢

طبيب الجلد والأمراض التناسلية

مقدمة لمحاضرات المؤلف بالجامعة المصرية

سادتى

كثيراً ما كنت أفكر فى محاربة الامراض التناسلية ولكننى كنت أرى الفرصة غير مناسبة حتى رجعت من ألمانيا وابتدأت محاربتى لها فى عملى الشخصى بعلاج مرضاها والعناية بهم . ولكننى شعرت ان واجبى يضطرنى لنزول ميدان المعركة جهاراً لا فى قاعات العيادة . وعلى مسمع من الجمهور كله لا فى أذان مرضاى فقط . حتى تنازلت ادارة الجامعة المصرية وسمحت بالقاء هذه المحاضرات هنا فشكرتها من صميم فؤادى وانى على ثقة من ان حضراتكم عند انتهائنا من دراسة هذه الامراض آخر العام ستشعرون بامتنان عظيم وشكر جزيل لمديرى هذا المعهد . وانى اذا ما رجوتكم الاصفاء الى ما تسمعون بقلوبكم واستيعاب ما يلقى عليكم فى افئدتكم فأننى لا أرجو منكم أن تكونوا سامعى محاضرتى باخلاص فقط بل أتمنى أن تكون منكم بذرة قوية يبدأ بها غرث ثمين من شبيهة راقية متشعبة بمبادئ الفضيلة عارفة حقائق الرذيلة ومصيبة اهمال العفاف . تمكن من نشر معارفها واقناع الغير بنظريات العلم وعملياته . فتكون حياش فضيلة حقيقى ينبث فى المجتمعات ويتدخل فى مختلف الاوساط فيصير معلماً حقيقياً للشبان ومثالاً صالحاً للاخوان والاقربان . وعلى هذا المبدأ أتمنى أن يزيد الاقبال على سماع هذه المحاضرات ولا يقف الحياء الذى لا محل له والخنجل من سماع مثل هذه المواضيع فى طريق عدد عظيم أنا أعرف بل اننى متأكد من انه يجب أن يكون حاضراً معنا هنا لولا تخوف بسيط من أن يقال انه أتى هنا ليعرف أشياء لو كان شاباً مستقيماً لما أقبل على سماعها لعدم احتياجه لفهمها لاستقامته وسلوكه الحسن . بل انى اؤكد لحضراتكم ان اكثرية هذه الشبيبة التى تود أن تسمع ولا تقبل على السماع ساقطة الاخلاق وما حياؤها وخجلها من الجلوس على كراسيكم الا حياء وخوف المجرمين من الظهور امام رجال الضبط والامن العام . وليس فى دراسة هذه الامراض أى شبهة تلقى على دارسها من انه مريض بها كما انكم تعلمون ان من

يدرسون الجنايات من تزوير وسرقة وهتك عرض ليسوا مجرمين أو ان من يدرسون الامراض من طلبة طب وأطباء ليسوا بمرضى يتألمون من الأوجاع المختلفة .
واننى واثق من ان حضراتكم لا تجهلون ان كثرة عدد سامعى المحاضرات لمشجع كبير للمحاضر على الاستمرار فى محاضراته لمصلحة الجمهور . فجرمة هؤلاء النفر الذى يحكم الخجل الكاذب فى تصرفاته جريمة عظمى لأنه يحرم نفسه من الاستفادة بعلوم تقدم له مجاناً ويحرم المحاضر من الاستفادة بتشجيع الجمهور له على الاستمرار فى خدمته العامة . والآن وقد أقبلتم برغبة شديدة وارادة حرة على سماع هذه المحاضرات أرى من واجبى أن أبين لحضراتكم السر فى اهتمام الأمم الراقية بدراسة الامراض التناسلية لتقدروا الموضوع الذى تقبلون على سماع تفاصيله حق قدره . تعلمون حضراتكم أن اهتمام الأمم بدراسة أى موضوع يقاس بحيوية هذا الموضوع للبلاد التى تدرسه أولاً وللهيئة الاجتماعية ثانياً . فمثلاً تدرس الممالك مسائلها الصناعية درساً دقيقاً فتفتح لذلك المدارس وتنشئ المصانع وتعقد اجتماعات من الصناعيين وتفتح من حين لحين معارض صناعية لعرض ما جادت به قريحه ابنائها وما صنعت أيدي صناعها الماهرين . وهكذا نرى كل الأمم تدرس هذه الأمراض باهتمام وتفتح لها المستشفيات والآن نراهم يعقدون مؤتمرات متوالية لفحص المسائل التناسلية وإيجاد التعاون التام بين الشعوب لمقاومتها واستئصال شأقتها من البلدان . ولم يتحملوا كل هذه المشاق الا لما رأوا من تأثير هذه الامراض على شعوبهم . ولنتظر الآن نظرة عامة فى تأثير مرض واحد من الأمراض التناسلية وهو مرض الزهري على الفرد والمجموع . أما تأثيره على الفرد فلا ينحصر فى القرحة الزهرية الأولى وما يتسبب عنها من انزعاج نفسانى كثيراً ما تفسد به أعمال عقلية عظيمة ربما استفادت بها الهيئة الاجتماعية بل يتعدى الى عدوى عامة بميكروب الزهري الى دم الجسم كله فينتقل المرض من دور قرحة جلدية سطحية الى مرض فى دم الانسان منتشر فى أعضائه الداخلية فى قلبه وورثيه ونخه وعظامه يفتك بها فتكاً ذريعاً اتمنى أن ينير أذهانكم عنه ما سيأتى فى المحاضرات المقبلة . ويستمر هذا الدور عدة سنين يبقى المريض فى بحرهما معرضاً لكل الآفات من تشويه فى وجهه وباقي جسمه الى اتلاف داخلى من فقدان سمع وبصر الى شلل جزئى فى عضو أو أعضاء

إلى شلل تام في جسمه إلى موت سريع في شبابه أو موت فجائي في كهولته . وكما تقدم العلم في مباحثه فقد نصل إلى اكتشاف عاملاً للزهرى في كل وفاة تسمعون عنها . هذا ما يصيب المريض نفسه . ولكن المصيبة أعظم إذا فكرتم فيما ينتج عن العدوى التي يقدمها شاب مريض بالزهرى لفتاة نقية طاهرة ينتخبها زوجة له وهو في دور من المرض لا يسمح له بالزواج . وتصوروا تلك العائلة الجديدة منبعاً للمرض ومعملاً صغيراً يقدم للهيئة الاجتماعية أطفالاً ورثوا عن أبيهم أو أمهم هذا المرض في عظامهم قبل أن يستنشقوا هواء الحرية وأنفاس الحياة : أخذوا الشقاء وذاقوا البلاء قبل أن تحنو عليهم أم أشقاها القدر بعدوى من زوجها الذي ورثهم عذاب الدنيا قبل أن يورثهم بعض حطامها . وليت البلاء وقف عند حد بضعة أطفال يولدون بأعراض المرض ظاهرة عليهم بل كثير ممن يختطفهم المنون وهم لم يتم نموهم في أرحام أمهم فتسقطهم في أوائل شهور الحمل هم ضحايا هذا المرض ، وكثير ممن يولدون بدون أعراض يزعمهم المرض في سن الترعير والنمو وفي سن الطفولة أو الشباب . هؤلاء هم الشبان الذين يشقون بمرض موروث ولا جريمة لهم فيه . كل هذه الضحايا ضحايا الفرد والعائلة يتكون منها مجموع هائل إذا ما تصورتهم لمرقمتهم أن (ديشاتيليه) العالم الفرنسى لم يكن مبالغاً قط حيث قال : « ليس في كل الأمراض التي تصيب الإنسان أخطر أو أفتك من مرض الزهرى ولا أجد أى مانع من أن أقول ان ما يتسبب عنه من الأضرار يفوق كل الأضرار التي تنتج من مجموع الأوبئة التي تصيب الهيئة الاجتماعية حيناً بعد حين »

أما جناية الزهرى على الهيئة الاجتماعية عموماً فيمكننا أن نجعلها في أنواع العجز عن العمل التي يتسبب المرض فيها عند المصابين المختلفين وما ينتج عن ذلك من إضعاف الأيدي العاملة في كل قطر وإيجاد عدد عظيم من العجزة عالة على البلاد . وفي انتشار العدوى من شخص لآخر وهكذا حتى يعم المرض وتستدعى الحالة مصاريف باهظة تبهد أغنى خزينة لأغنى حكومة تعنى بصحة رعاياها العناية الواجبة . وكم مرة فتكت إصابة واحدة بالزهرى بزواج سعيد فقادته إلى محاكم الطلاق وقادت العائلة إلى جريمة انتقام لمرض فدكت أركانها وطوحت بأفرادها للفضيحة والعقاب .

وكم من أنواع الشقاء الذى ينجم على الهيئة الاجتماعية عموماً من انتشار هذا الداء وسطها وفتكه بأخلاقها وآدابها وصحتها والاقلال من عدد السكان باعدام الاطفال والاكثر من الوفيات . هذه صورة صغيرة من نتائج مرض تناسلى واحد فما بالكم بها مجتمعة . ان جسم الواحد منا ليقشع عند تصور حالة البلاد العامة واقفة وقفة العاجز امام جيوش الزهرى وحده فما بالكم بهجوم عام مستمر للأمراض التناسلية علينا ونحن وقوف جمود لا نعمل شيئاً غير انتفاض أعضائنا وانتفاخ أوداجنا خوفاً منها وحقداً عليها لا نأتى اى عمل للدفاع عن أنفسنا أو لمقاومة فتكها . هذا الموقف يستدعى الدفاع ضد من يهاجمنا . يستدعى دراسة هذه الامراض . يستدعى البحث عن اصولها وأدواتها وعلاجها فردياً وعموماً . هذا الموقف يبرر رفع الصوت بالويل والثبور وعظائم الامور . يبرر المناداة بنشر العلم عنها فى جميع الأوساط . بين الأولاد الصغار الذين تذهب العادات السرية بهجة طلعتهم وتطفىء نور عيونهم وتضعف قواهم الجسمية والعقلية . بين الشبان الذين تسحرهم لواحظ الناعس فى طريقها فترسلهم آلة تحركها الراقصة فى مرسحها وتدفع بهم هذه بين برائن العاهر فى فراشها ليكرعوا كؤوس الملذات الفاسدة بين ذراعى امرأة لا تتركهم الا بعد أن تغرس فى جلدهم ولحمهم وعظامهم بذور امراض تفتك بهم وينسلهم من بعدهم . نعم ان هذا الموقف يبرر استدراار أيدي الأغنياء وفتح خزائن الحكومة لبذل الدرهم والدينار فى سبيل مقاومتها . يبرر قضاء الساعات وصرف الليالى فى البحث عن أنجع الطرق لوقاية البلاد شرها . يبرر حضور حضراتكم هنا لسماع القليل عن هذه الامراض وسنبداً بدراسة الزهرى .

الزهرى

سيفيليس - لوويس

(تاريخه) ليس بين الامراض جميعها مرض واحد له تاريخ ثابت اكثر من ثبوت تاريخ الزهرى مع ما يحيط بهذا التاريخ من شكوك كثيرة لأن العلماء مع اختلاف نظرياتهم ومباحثهم مجمعون على ان المرض عرف جيداً بعد رجوع كريستوفر كولومبس من اميركا بعد اكتشافها وقد وصل بعد رجوعه الى برشلونه باسبانيا سنة ١٤٩٣ وكان معه عدد كبير من البحارة الاسبانيول الذين يظن المؤرخون انهم اشتركوا بطبيعتهم الغريزية في دمهم في الحملة الحربية التى قام بها كارلوس الثامن ملك فرنسا على ايطاليا سنة ١٤٩٤ لأن الشعب الاسبانى كان اكبر شعب فى هذا الوقت يحب الحروب والاشتراك فيها حتى ولو كانت بعيدة عن بلاده . وكانت حملة كارلوس الفرنسى ناجحة وفتح نابولى وعسكرت فيها جيوشه وهناك ظهر المرض منتشراً بين جيوشه الفاتحة وانتقلت العدوى الى الايطاليين بواسطة النساء النابوليات وكانت نتيجة فتك المرض بالمعسكر أن طرد الايطاليون جيوش فرنسا طردة شنيعة جعلت العساكر يهربون على وجوههم لاجئين الى مختلف الاقطار وظهرت لذلك أعراض المرض فى جميع اوروبا فى الأربع سنين المتوالية . فى ايطاليا واسبانيا وفرنسا والمانيا وسويسرا وهنغاريا وانجلترا واسكتلندا واليونان والروسيا وهولندا . وبعد ذلك انتقل المرض لآسيا الصغرى فالهند فافريقيا فاليابان . وكانت نتيجة هذا الانتشار السريع أن قام علماء هذا الوقت يفكرون ويبحثون ويدرسون علمهم يهتدون الى ما يخفف وطأة هذا المرض الفتاك وبطبيعة الحال اتجهت ابحاثهم الى ايجاد علاج سريع للمرض فاستعملوا كل ما كان بأيديهم من العقاقير حتى عثروا صدفة بعلاج الزئبق، ويعجز الانسان عن معرفة أول من نصح باستعمال الزئبق فى علاج الزهرى

ويظهر أن اشتغال القساوسة والرهبان في أوروبا بصناعة الذهب ومساعدتهم الكيماوية قادتهم الى دراسة الزئبق واستخراج املاحه وتحويله الى اشكال مختلفة فصار مادة تستلفت أنظار كل باحث علمي كما وانه كان يستعمل في أمراض كثيرة قبل ظهور الزهري. واستمر العلماء يتخبطون في تفسير المرض ودراسته عاجزين عن فهم اسراره حتى اوائل القرن العشرين حيث اكتشف شودن وهوفمان ميكروب (سبيروشيتا) وهو الميكروب الذي ينسب اليه تسبب المرض في سنة ١٩٠٥ . وفي سنة ١٩٠٧ قام (فازرمان) بعملية فازرمان لفحص الدم للزهري وفي سنة ١٩٠٩ اكتشف (ارليش) علاج السفارسان وبهذه الثلاث اكتشافات فتح العلماء الالمان اول باب علمي لدراسة المرض دراسة مبنية على الحقائق . غير ان هذا لا ينفي فضل غيرهم من فطاحل العلماء الآخرين لأن روليت بين الفرق بين الزهري والقرحة الرخوة سنة ١٨٥٢ وريكور الذي لم يكن يعترف بذلك اضطر للاعتراف بخطائه . وافضال ريكور وفورنييه في دراسة المباحث الاكلينيكية لا تنكر اذ انهم وضعوا اساسات كثيرة لكل العلوم الحديثة التي تبحث في اعراض المرض وتأثيره على اعضاء الجسم الداخلية والخارجية . وان كان في نسبة الفضل لبعض العلماء بمنح اسمهم لاكتشافاتهم فخر لهم فاني أرى من المبالغة اعطاء العالم (هنتر) كل الفضل الذي ينسب اليه عادة في بعض المؤلفات فتراهم يسمون القرحة الزهرية الاولى (قرحة هنتر) وذلك لأنه لقح نفسه بافراز ظنه افراز سيلان ليثبت ان مرض الزهري لا يختلف في اصله عن مرض السيلان ، وكانت النتيجة انه ظهرت عليه قرحة زهرية اولية فاعطيت هذا الاسم . ويلاحظ القارئ اننا الآن ننظر لهذه التسمية نظرة عطف على (هنتر) وما أصابه وليست نظرة اعجاب علمي لانه تسبب في بقاء خطأ علمي كبير مدة طويلة ، وذلك لان باقي العلماء بعد ما ظنوه نجاحا من عملية تلقيح هنتر صاروا لا يصدقون كل عالم يقوم لتكذيب هذه النظرية ، حتى ان العالم (بيل) لقح بعض الاطباء بصديد السيلان فظهرت عليهم اعراض السيلان ولم يظهر الزهري ولكن العلماء تأثروا باسم هنتر ولم يعيروا (بيل) التفاتا . واستمر اسم هنتر عقبة كؤودا في سبيل اثبات اختلاف مرضي الزهري والسيلان

حتى قام «ريكور» بتلقيح أكثر من ستمائة شخص بصديد السيلان ولم تظهر على واحد منهم اعراض الزهري، ففهم الناس خطأ تجربة (هنتر) وثبت ثبوتاً قاطعاً اختلاف المرضين. ولم يعرف هنتر شيئاً عن زهري الجهاز العصبي بل كان ينكر على كل مؤلف وجوده حتى ان (فان سويتن) عجز عن اثبات ملاحظته هذا المرض بالجهاز العصبي سنة ١٧٧٢ . ولم تقف كتابات هنتر في سبيل تقدم دراسة الزهري في تفاصيلها بل تعدت الى المبادئ الأساسية ، فهو كان ينكر سير الميكروب داخل الدم حتى اثبت باسيرو سنة ١٨٥٢ ان الالتهابات الغددية التي على ظهر القضيب تنسب عن وجود العدوى داخل الاوعية الليمفاوية وحتى قام الدليل بكتابات فورنييه وغيره على ان مرض الزهري ليس مرضاً موضعياً بل هو مرض داخل دم الجسم يجري دائماً في اوعية الدم . ولا تقل كتابات (مورجاني) في وصف الزهري في أوعية المنخ الدموية او في وصفه الزهري الكلوي في جمالها واتقانها عن كل الكتابات الحديثة في هذه الابواب . ولم يتمكن المؤلفون الايطاليون من رفع تأثير اسم هنتر لاثبات سير المرض في الاوعية الدموية مع انهم كانوا اول من وصف زهري القلب وتأثير الزهري على الشرايين . واذا نظرنا لتعاليم هنتر وتأثيرها في تأخير تقدم علم الزهري وجدنا له خطأ في كل باب من ابواب المرض حتى ان تعاليم (باراسيلص) عن التهابات الخصيتين الزهرية والزهري الوراثي وتعاليم (ييل) عن التهابات الخصيتين الزهرية والسيلانية اضطرت للبقاء في مهملات العلم بسبب شهرة هنتر الذائعة وعناده الشديد .

وقصارى القول يمكننا أن نقول ان العلم مدين للآتية اسماؤهم في دراسة الزهري الأولية وهم : باراسيلص ومورجاني وموسيتانو وهو أول من استلفت الانتظار للقرح الأولية على اللوزتين وداخل الفم ، وبير ولانسيرا وراير الذي استلفت الانتظار الى أن مرض (بريت) في الكلى يمكن أن يتسبب عن الزهري ، ولالمان وهو أول من درس التهابات الاغشية المخية بالزهري سنة ١٨٣٤ ، وهوينر وهو أول من شرح التهابات الأوعية المخية بالزهري بعد ان ذكرها مورجاني سطحياً ، وفورنييه وهو من أساطين علماء الزهري الاكلينيكي وأول من بين ان الزهري يسبب (تايس) نوع من الشلل ، وجان استروك هو أول من بين ان وجع الرأس والدوخة والشلل يمكن

أن تسبب جميعها من الزهري ، وازمارخ وميرسين وهما أول من بين العلاقة بين الزهري والشلل العام في سنة ١٨٥٧ ، وهنتر وهو من لقح نفسه بالزهري حقيقة وظن انه لقح نفسه بصديد السيلان واستنتج خطأ ان الزهري والسيلان مرض واحد اذا لقح الواحد بصديده تظهر عليه اعراض هذا أو ذاك وهو الذي تسبب في تأخير تقدم العلم سنيًا عديدة للشهرة الهائلة التي أخذها عن غير استحقاق لمجرد تحميله مسئولية تلقيح نفسه بالمرض . نعم ان هذا فضل منه كبير على العلم ولكن هذا الفضل لا يقاس قط بالتأثير السيئة التي نتجت عن وقوف تعاليمه في سبيل كل اكتشاف جديد أو ملاحظة ثمينه ، وفرشو وواليس وهتشنسون وبوشكه وفيشرورو وميتشنيكوف .

وأما ادعاء بعض العلماء ان الزهري وعلاجه عرفا حتى في تاريخ الصين القديم فهذا قول مشكوك فيه لانكار كثير من علماء اليابان لأوصاف المرض المذكورة في تاريخ الصين وهم يظنون انها أوصاف لأمراض أخرى .

واكتشاف عظام قديمة واستنتاج وجود المرض بها يعزز نظرية وجود المرض من قديم الزمان إلا ان مرور قرون كثيرة على تلك العظام وعدم وجود علامات قاطعة بها تثبت ان ما بها من الأمراض هو الزهري فقط لا يؤكد وجود المرض من سابق الأزمان لاحتمال حصول تورم وظهور عقد بارزة من التهابات عظمية كثيرة غير الالتهابات الزهرية .

ولو نظرنا للأسماء التي أعطيت للمرض في بلاد مختلفة لتمكنا من الوصول الى المركز الأول الذي وصل منه الزهري لباقي المعمورة فالإيطاليون كانوا يسمونه المرض الاسباني أو الفرنسي لوصوله اليهم من عساكر شارل الثامن ، والفرنسيون كانوا يسمونه المرض الايطالي لوصوله اليهم من عساكرهم بعد رجوعهم من حملة شارل في ايطاليا ، وباقي الاوربيين كانوا يسمونه المرض الافرنسي لوصوله اليهم من فرنسا ، والاسبان كانوا يسمونه (اسبانيولا) وهو الاسم الذي كانت تسمى به جزائر هاييتي وهي التي زارها بحارة كولومب مكتشف اميركا ، ومن هنا يظهر للقراء ان المصدر الأول هو هذه الجزائر وان الادعاء الآخر بوجود الزهري في أوروبا من أيام الرومانين لا يجد

ما يعززه في التاريخ لأنه لو صح وجود مثل هذا المرض بين هؤلاء الناس لكان ذكره مؤرخوهم وكتابهم ولو عفواً في بعض ما كتبوا .

أما في بلادنا المصرية فلا يمكن التحقق من اول تاريخ جاء فيه هذا المرض لبلادنا لوقوع مصر على البحر الأبيض ولوجود ميناء الاسكندرية القديم ومرور عدد عديد من الاوربيين بمصر ونزولهم بأنواع المدنية المختلفة لبلادنا ومنها الأمراض التي تحملها المدنية أينما ذهبت وحيثما حلت، إلا أن بعض الأوصاف القديمة لأمراض كانت عندنا تساعد على استنتاج ان ما كانوا يسمونه «مرض أيوب» هو الزهري بعينه وكانوا يعتقدون انه عقاب من المولى عز وجل يجب أن يفرح به الانسان ولا يشتر منه لأنه نعمة من الله تمنح الانسان سعادة الآخرة مع بعض العذاب في الدنيا . ولا يمكن الرجوع الى تاريخ ثابت في مصر الحديثة إلا من يوم دخول الفرنسيين حيث ابتداء أطباؤهم يعالجون المرض هنا ، ولذا فهم الأهالي انه مرض يعالج ونسبوا وصوله اليهم للفرنسيين ولذا منحوه اسم (مرض الافرنجى) مأخوذاً من لفظة « فرانك » يعنى افرنجى أى المرض الفرنسى ، واستمر الحال الى يومنا هذا وصار يتقدم فى الأسماء المتعددة فمنح اسم (تشوئش) و (زفارة الدم) الى أن لقب (بالزهري) وهو الاسم المستعمل بالعربية الآن ويسمى سيفيليس باللغات الأجنبية (ذكرت هذه اللفظة لأول مرة فى شعر فرا كاستور) .

(كتب الاستشهاد)

1. Proksch, J. K, Geschichte der venerischen Krankheiten.
Bonn, 1895.
2. Ders., Syphilis in den Jahren 1494 und 1495.
Derm. Wochenschr. 1913 Bd. 57, Nr. 38.
3. Karl Sudhoff, Der Ursprung der Syphilis. Verhandlungen
des Internationalen med. Kongresses in London 1913.
ferner Leipzig bei C.F.W. Vogel.
4. A System of Syphilis.
D'Arcy Power & Keogh Murphy.
5. Traité de la Maladie Vénérienne,
Par Hunter.
Traduit de l'anglais par le Dr. G. Richelot. Paris 1852,
6. Lettres sur la Syphilis,
Par Ph. Ricord, Paris 1863.
7. Venereal Diseases, by Mo. Donagh.



اسباب المرض - (ايتيولوجي)

علم القارىء من تاريخ الزهرى الغموض الهائل الذى تحكم فى مؤلفات العلماء عن اسباب المرض اذ كانوا يخلطون بين الزهرى والسيلان والقرحة الرخوة حتى اكتشف شون بمساعدة هوفمان ميكروب الزهرى المسمى سيروشيتا باليدا.

ومن هذا التاريخ ابتدأت مباحث العلماء تتجه نحو التحقق من ان هذا الميكروب هو السبب فى جميع الاعراض التى تظهر على مرضى الزهرى، فوجدوا السيروشيتا باليدا فى دم الاطفال المصابين بالزهرى الوراثى ووجدوا هذا الميكروب أيضا فى طحال هؤلاء الاطفال وفى كبدهم بعد الموت (بوشكه وفيشر).



رسم نمرة ١ (مجموعة بوشكه)

صورة قرد من النوع الراقى ملقح بميكروب الزهرى بين حاجبي العينين وترى القرحة الاولى الزهرية بشكل ثور زهرية (بايول سيفيلتيك)

وَيَنْ (ميتشنيكوف) و (رو) بتجاربههم على الانواع الراقية من القردة أنه يمكن تلقيحها بهذا الميكروب وبعد ذلك تظهر عليها أعراض المرض ولو أنها تتأخر في بعض الأحيان لزمّن أطول من المدة اللازمة لظهور الأعراض على بعض الآدميين (رسم نمرة ١) وتكلم الآن ولو قليلا عن هذا الميكروب

ميكروب الزهري (سبيروشيتا باليدا)

مورفولوجي : ميكروب دقيق مستطيل متعرج كتعرجات (البريمة التي تفتح بها الزجاجات) وبه اعتياديا من ٦ الى ١٦ تعرجات ولكن يوجد انواع بها ٢٠ وقليل بها من ٣ الى ٤ . وأطراف الميكروب محدبة كطرف الأبره ويصعب رؤيتها بدقة بطرق الصبغات المتنوعة ولكن بطريقة تلوين (ليفار) يسهل ذلك أحيانا . وفي بعض الحالات لوحظ جسم رفيع مستدير صغير جداً في طرف الميكروب ، وأهمية هذا الجسم أو علاقته بالمكروب ليست معروفة للآن .

وتظهر التعرجات بكثرة في العينات التي تكون مجهزة حديثا ولوحظ انها تكون أقل عدداً في العينات القديمة .

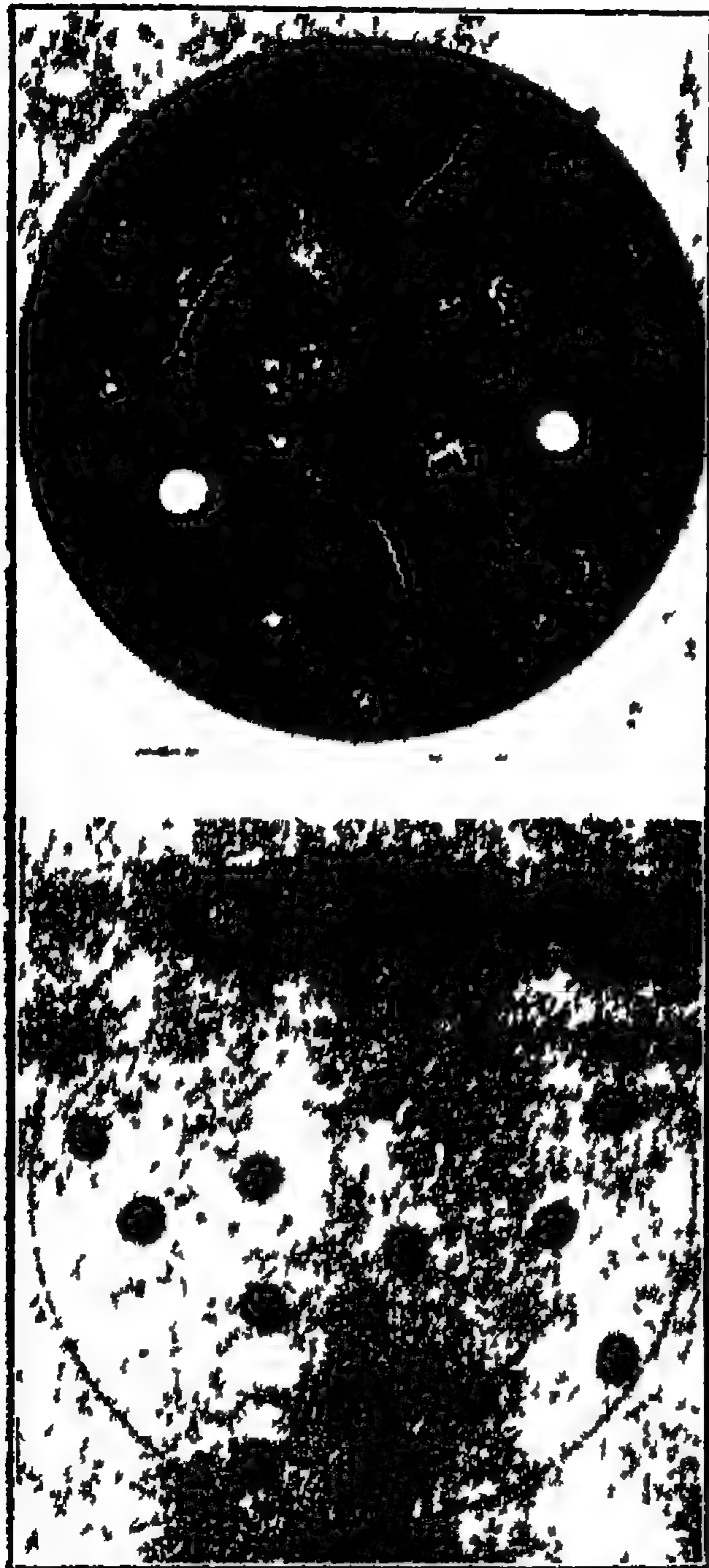
ويختلف العلماء للآن في اعتبار هذا الميكروب من نوع (البروتوزوا) أو من (البكتيريا) فمثلا (شودن) مكتشف الميكروب يعتبره من النوع الأول و (ميروفسكي) يعتبره من نوع (البكتيريا) .

بكتيريولوجيا : ليس في طاقة هذا الكتاب ان يسع وصفا بكتيريولوجيا مسهبا ، ونعد القارئ بكتاب علمي مطول كما قلنا في مقدمة الكتاب يسع باتولوجيا وبكتيريولوجيا هذه الامراض بشكل واف ، ولكن هذا لا يمنع من إعطاء القارئ المعلومات الكافية التي تمكنه من الرجوع بسهولة الى مؤلفات علمي البكتيريولوجيا والباتالوجيا في تطبيق نظرياته عند العمل .

ولتشخيص هذا الميكروب بكتيريولوجيا توجد طريقتان :

(١) بواسطة الميكروسكوب

(٢) بواسطة فحص الدم



(رسم نمرة ٢) الأيمن : ميكروب سيروشيتا يظهر بطريقة الفحص بالبور
الانصف الأيسر : ميكروب سيروشيتا مصوغ بطريقة جيمسا

الطريقة الاولى - الميكروسكوب

- (١) طريقة (شودن) مكتشف الميكروب - صبغة (جيمسا) أو تلوين جيمسا ،
وهي من أحسن الطرق العملية فقط تحتاج لاثقان فنى : -

بواسطة مشرط صغير أو قطعة من الزجاج ترفع طبقة رقيقة جداً بالكحت الخفيف أو الكشط السطحي من سطح القرحة الزهرية أو القرحة المراد فحص عينة منها حتى يبرز جزء قليل من الدم أو المصل الدموي (سيروم) ، فيؤخذ هذا المصل على قطعة الزجاج ويعمل منها طبقة رقيقة جداً بنفس الطريقة التي تجهز بها (عينات الدم) بأن توضع زجاجة أخرى بطرفها الحاد كالسكين في زاوية حادة على الزجاجة التي عليها السائل الدموي وتجر برقة ودقة حتى يفرش المصل الدموي ويغطي سطح الزجاجة . وبعد ذلك تنشف بواسطة تعريضها لتيار الهواء الطبيعي أو الصناعي . وبعد ذلك تثبت العينة بوضع كحول قوى جداً (الكوهولوم ايسولوتم) لمدة ١٠ دقائق وتصبغ العينة لمدة ٢٤ ساعة بطريق (جيمسا) - راجع مؤلفات البكتريولوجيا . وتوجد طريقة عملية بسيطة وسريعة تغني عن آخر خطوة في العملية السابقة (وهي الصبغة طريقة جيمسا لمدة ٢٤ ساعة)

فبعد تثبيت العينة بالكحول خذ محلولاً مركباً كالاتي :-

ازورنمرة ٢ ايسين ٣٠٠ جرام

ارورنمرة ٢ ٠٨٠ »

جليسيرين (مرك) ٢٥٠.٠٠ »

ميتيل الكوهول (كالبوم ١) ٢٥٠.٠٠ »

(يطلب هذا المحلول جاهزاً من دكتور جريبلر - لينزج المانيا)

خذ من هذا المحلول ١٠ نقط وضعها على ١ سنتي مكعب من الماء المقطر وأصبغ العينة به لمدة ساعة كاملة واغسل العينة وشفها وافحص .

وبالطريقة السابقة ترى ميكروب الزهري تحت الميكروسكوب محمراً بعض الاحمرار واذا وحدث سيروشيتا أخرى فتكون ملونة بلون ازرق .

(ب) الطريقة الثانية بالميكروسكوب . (رسم نمرة ٢)

طريقة الفحص بالنور - طريقة الميدان الاسود - دارك فيلد بالانجليزية دونكافيلد بالالمانية - هي طريقة « شيربير وموخوا » وهي من أحسن الطرق واضبطها إن لم تكن ادق طريقة وهي سهلة بعد اختبارها ولا تحتاج لمحاليل مخصوصة :

خذ السائل الدموى (السيروم) وافرشه على زجاجة الفحص وضع فوقها زجاجة الغطاء الرقيقة حالا ، ولنع السائل من أن يجف بسرعة ضع حول الزجاجة الرقيقة جزءاً قليلاً من الفازلين وضع زجاجة الفحص الجاهزة هكذا تحت العدسة القوية والفحص بنقطة زيت (اويل ايمرشن) . وفى نفس الوقت يوجد امام مرآة الميكروسكوب جهاز كهربائى يرسل أشعة نور قوى على مرآة الميكروسكوب فينير ميدان الفحص امامك . ويستحسن البكتيريولوجيون أن تقفل ستارة الميكروسكوب (ديافرام) قليلاً فتمركز الأشعة على ميدان الفحص فترى السبيروشيتا باليدا كأجسام بيضاء شفافة متعرجة وسط ميدان أسود أو رمادى أما الاجسام البيضاء الصغيرة المستديرة والغير المستديرة التى تراها فلا قيمة لها بالكلية . وانما لا تؤكد وجود الميكروب الا إذا رأيت الأجسام الشفافة البيضاء المتعرجة وتحققت منها لأنه كثيراً ما تعود المبتدئ أن يسلى نفسه ويعزىها برؤيا أى جسم شفاف فى الميدان الأسود ولكن هذا خطأ فاحش وجريمة كبرى فى تشخيص الميكروب .

(توجد أجهزة كثيرة لارسال أشعة النور على مرآة الميكروسكوب ومنها العادى ومنها الاوتوماتيكى وهى تباع عند جميع محلات النظارات والميكروسكوبات ومنها ما هو رخيص الثمن) .

(ح) طريقة الصبغ بالحبر الصينى - طريقة بورى

خذ السائل الدموى على زجاجة الفحص وضع نقطة حبر صينى اسود (بكتيريولوجيا) وامزجها جيداً بالأبرة البلاتين واجعل السائل طبقة رقيقة جداً على زجاجة الفحص وجفف فى الهواء والفحص بنقطة زيت فحص . يكون الميكروب غير مصبوغ فى وسط ميدان اسود .

(د) لفحص عينات باثولوجية تتبع طريقة (ليفاديتى)

وهى طريقة بكتيريولوجية مطولة تراجع من أجلها مطولات البكتيريولوجيا .

هذه هى أهم طرق الفحص وتنصح القارىء بأن يراجع مؤلفات البكتيريولوجيا للاطلاع على الطرق الاخرى ونخص بالذكر منها طريقة « نترات الفضة » .

الطريقة الثانية - بواسطة فحص الدم

لا تمكن رؤية ميكروب سيروشيا باليدا في دم الشباب او الكهول بالطرق السابقة واذا كان ذلك حصل صدفة فهو نادر وفي اعتقادي مستحيل ولا يمكن التعويل عليه . ولا يمكن ان ترى هذه الميكروبات بفحص الدم الا في حالات الزهري الوراثة في الأطفال فقد يوجد الميكروب هناك وكما قلنا في أول هذا الباب يمكن بواسطة طريقة (ليفاديتي) أن يرى الميكروب في عينة من طحال الاطفال او كبد الاطفال المصابين بالزهري الوراثة . واما ما يسمى عندنا تشخيص الزهري بواسطة فحص الدم فليس الغرض منه ان ترى الميكروب بواسطة فحص الدم بل أننا بفحص الدم على طريقة فازرمان كما سيحيى في الأبواب الآتية نقول ان زهرية الدم ايجابية أو سلبية . وسنبين للقارىء قيمة نتائج فحص الدم بطريقة فازرمان بعدئذ .

هذا موجز بسيط عن سيروشيا باليدا وهو الميكروب الذى يجمع العالم الطبي الآن على انه هو سبب مرض الزهري ولو ان بعض البحاثة يقولون بغير ذلك ، اذ يظنون أن وجود هذا الميكروب في حالات الزهري ليس كافيا لاثبات انه هو السبب فى المرض بل ينسبون المرض لنوع آخر من الميكروبات يطلقون عليه اسم (لوكوسيتوزون سيفيليدس) ويقدمون أدلة مطولة يعجز مؤلفنا هذا عن أن يحويها ولكن هذا الادعاء لا يجد تعصيذاً علمياً كافياً للآن وسيثبت مرور الزمن صحته أو خطأه ، ومن رأي أن هذا الميكروب هو السبب فى الزهري ، ولكن توجد تقلبات فى تاريخ حياته تعطى المرض تلك الاشكال المختلفة من شدة وضعف وظهور اعراض واختلافها ، ولا يوجد أى مانع بيولوجى يمنع الميكروب من اتخاذ اشكال مختلفة فى ادوار حياته تتسبب فى ظهور تقلبات فى مرض الزهري وربما تظهر الايام انواع هذه الادوار وتكشف لنا كثيراً من اسرار هذا الميكروب تمكثنا من فهم المرض فهماً حقيقياً وتساعد على إيجاد احسن الطرق لعلاجه .

طرق العدوى — تنقسم طرق العدوى الى قسمين : —

(١) العدوى المكتسبة

(٢) العدوى الوراثية

(١) العدوى المكتسبة — هي العدوى بمرض الزهري التي يكتسبها — اذا جاز التعبير بهذا اللفظ — انسان من انسان آخر او من اى طريق بعد الولادة ، أى تلك العدوى التي تصيب الانسان بعد ان يكون ولد تقياً من المرض . والمعتاد ان يصاب الانسان بذلك النوع من العدوى فى سن الشباب ولو انه لا يوجد اى مانع من حصول العدوى فى سن الطفولة أو الكهولة .

وتوجد طرق كثيرة لحصول هذه العدوى وتنقسم الى ثلاثة أقسام : —

(أ) عدوى من انسان لانسان .

(ب) عدوى من آلات او ادوات أو مواد اخرى مصابة بالميكروب .

(ح) عدوى من وسيط يحمل الميكروب من مريض ويلقح به انساناً آخر بدون أن يكون هو مصاباً بالمرض .

(أ) عدوى من انسان لانسان — أهم نوع من هذا القسم هو العدوى التي تنتج عن الجماع وهذا النوع هو الذى اعطى الزهري لقب المرض التناسلى . فمجرد وجود قرح زهرية بالمهبل (قاجينا) او فى الفرج (قلثا) او فى خارج أعضاء المرأة التناسلية ، ومجرد لمس القضيب (پينس) لهذه القرحة يعرض الانسان لاخذ العدوى . ولا عبرة أى لا توجد اية اهمية أو قيمة لقول البعض بأنه يجب ان يحصل احتكاك مستمر لنقل العدوى اذ مجرد اللمس كاف لنقل الميكروب على جلد من يتعرض للعدوى حتى تدخل تلك الميكروبات التي انتقلت على الجلد لداخله وتسبب المرض . ولا عبرة بقول البعض انه يجب أن يكون الجلد مخدوشاً او به جروح حتى يدخله الميكروب اذ أن التجارب العلمية اثبتت ان مجرد تلقيح القرحة بالسائل الدموى المصاب بدون عمل خدش او جرح بالجلد ينتج المرض تماماً عند هذه الحيوانات (ميتشنيكوف . وبوشكه) . « راجع رسم نمرة ١ صحيفة ٢٢ »

وكما ان العدوى تنتقل من المرأة للرجل فاتها تنتقل بنفس السهولة من الرجل للمرأة ويزيد الرجل خطورة على المرأة لأن الرجل المصاب بالزهري حتى اذا لم يكن على جلده قرح خارجية فان المرأة تكون معرضة للاصابة منه بالزهري بمجرد انزاله المنى بفرجها من داخله أو من خارج الفرج لأن المنى يحمل أحياناً ميكروب الزهري في السائل المنوي وأحياناً في داخل الحيوانات المنوية (فنجرومولتزر واولونغوت) . ولا تقتصر العدوى على الاعضاء التناسلية بل ان مجرد تعرض أى عضو للمس أية قرحة زهرية يجعل ذلك العضو قابلاً لأخذ المرض ، فبالقبة يتعرض الفم أو الخد أو الصدر أو الأيدي لأخذ العدوى من فم المصاب . وفي بعض الحالات التى يلعب فيها بعض المصابين أدواراً شهوانية مختلفة يتعرض الطرف الآخر لأنواع غريبة من العدوى ، فمثلاً اعتاد بعض الناس أن يعمل ما يسمونه أحياناً (بالعادات الفرنسية) من تقبيل فرج المرأة أو امتصاص الاعضاء التناسلية وتعرض الفم للمس كل بقعة شهوانية فى الجسم كالثدى والعجز . . . الخ ومن هذا تنتج أنواع من العدوى مختلفة ، فمثلاً يصاب الثدي أو العجز أو الظهر عند المرأة بقرح زهرية ان كان الرجل الذى يفعل ذلك عنده قرح زهرية فى فمه أو يصاب الفم أو الحلق أو لسان الرجل بعدوى من المرأة ان كانت أعضاؤها هذه مصابة بقرح زهرية .

ويظن بعضهم أن الجماع الشاذ لا يعرض للعدوى بهذا المرض ، ولكن هذا خطأ كبير ، لأنه مما لا شك فيه أن الجماع الشاذ بين ذكر و ذكر مريض أو بين ذكر وأنثى أحدهما عنده تقرحات زهرية ينتج عنه مرض الشخص الآخر .

ومما تقدم يفهم القارىء أن عادة التقبيل عند السيدات فى زيارتهن عادة قبيحة غير مستحبة لأن السليمة منهن تتعرض للعدوى من غير السليمة ، ومن أدراهن انه لا توجد بين أرقى العيلات نساء بهن من المرض ما اذا عرفن وجوده عز عليهن مصافحتهن بالأيدي . ومن أقبح العادات عادة تقبيل الاطفال إذ تصل ببعضهم الحال الى تقبيل طفل جميل بضعة مرات فى خده وأحياناً فى فمه ، وكثيراً ما جنت هذه العادة جناية كبرى على طفل برىء لا ذنب له أو لوالديه فى تسليمه فريسة هالكة لبرائن ذلك المرض المشؤم : أتانى رجل من عائلة طيبة بطفل فى الثالثة من عمره وبه

قرحة زهرية حديثة على فمه وبعد البحث في أصل العدوى ظهر أنه محبوب جداً من خاله الذي يقبله مائة قبلة في فمه عند كل زيارة وبعد فحص خاله وجدت تقرحات زهرية ثانوية على شفتيه .

ومجرد مصافحة أيدها قرح او تسلخات يعرض المرء لأخذ العدوى ولو ان وقوع مثل هذه العدوى نادر جداً .

وتوجد عادة خطيرة خطيرة انتشرت بين كثير من الشبان والشابات يسمونها (ضرب الفرشه) أى أن الشاب يحتمك بعضوه التناسلى خارج عضو التناسل للشابة بدون ان يحصل ايلاج حفظاً لما يسمونه (البكارة) عند الشابة ، فاذا كان احدهما مريضاً فقد تنتقل العدوى للآخر

ويصاب الاطباء أحياناً في أصابعهم بالقرحة الزهرية الاولى بالعدوى عند ما يفحصون المرضى بالزهرى ولكن هذا نادر الحصول أيضاً للاحتياطات الطبية التى يتبعها الأطباء عادة، ولذا فأن المعتاد الآن اذا حصلت مثل هذه العدوى فانها تصيب طلبة الطب المبتدئين ، وبما ان المصاب بهذا النوع من العدوى لا جريمة أدبية له ولا علاقة تناسلية نتج عنها ذلك فاصطلح الاطباء على تسمية مرضهم هذا - بالزهرى الطاهر - أو الزهرى البرىء .

هذه هى أهم طرق العدوى من انسان ل انسان بشكل ظاهر ويوجد نوع آخر من الأهمية بمكان وهو العدوى التى تنتج من رضاعة طفل سليم لثدى امرأة مريضة بالزهرى إذ من المحتمل وغالباً ما تنتقل العدوى بواسطة التسلخات أو قرح على حلمة الثدي، وحتى اذا كان ثديها سليماً من هذه التقرحات فان العدوى تنتقل بسهولة بواسطة اللبن (اولونوت ، وبوشكه ، ومولتزر) ويمكن حدوث العكس إذ ان الموضع يجوز ان تكون سليمة وترضع طفلاً مصاباً بالزهرى الوراثى فتصاب هى بالزهرى .

وسنذكر قيمة المسئوليات الجنائية والمدنية فى مسألة العدوى بالرضاعة للطفل او الموضع عند الكلام عن الزهرى من الوجهة الطبية الشرعية وقصارى القول فانه ربما تعددت طرق العدوى من انسان لانسان أكثر مما

ذكرنا ولكنها تنحصر في ان انسانا يحمل الميكروب ينقله بأية طريقة مباشرة لزميله الانسان وان أى نقطة من نقط الجسم تتعرض لوصول الميكروب اليها أولاً هي النقطة التي تظهر عليها القرحة الأولى وجميع نقط الجسم قابلة لظهور القرحة الزهرية الأولى عليها بدون استثناء .

(ب) العدوى من آلات أو ادوات أو مواد أخرى مصابة بالميكروب : —
أهم نوع من هذه العدوى هي تلك العدوى التي تنتقل بواسطة الآلات الطبية وآلات الحلاقين . أما الآلات الطبية فهذا لا يمكن حصوله إلا من إهمال الأطباء في تعقيم آلاتهم تعقياً جيداً أى تعقياً جراحياً ، ونستحسن أن نذكر بعض نقط الضعف التي تصاب بها المهنة الطبية أحياناً حيثما تسبب في نقل عدوى مثل هذه فظيعة الى أناس أبرياء ولا ذنب لهم إلا تسليم أنفسهم بثقة تامة لأطباء يريدون الشفاء على أيديهم ولا يحملون بأنهم سيصابون في قاعاتهم بمرض من أشنع الأمراض . فأولاً وأكثر الاصابات حدوثاً هي الإصابة من آلات أطباء الأسنان إذ يحدث كثيراً خصوصاً عند اقتلاع الأسنان ان رجلاً مصاباً بالزهرى يريد اقتلاع خرس وبعد أن ينتهي طبيب الأسنان من خلعه يتقدم له مريض سليم ليقطع له خرساً فلا يكلف نفسه مشقة تعقيم آلاته بل يكتفى بغسلها بالماء الجاري فتنقل العدوى للثة المريض الثانى ، زد على ذلك مرآتهم الصغيرة التي يفحصون بها سطح الأسنان فان بعضهم نادراً ما يطهرونها . ومن زار من حضرات الأطباء بعض أطباء الأسنان يؤكد حدوث ذلك مراراً وتكراراً ولقد عالجت وجيهاً بالقاهرة به قرحة زهرية في اللثة السفلى ظهرت عليه بعد اقتلاع خرس خلفى في فكه الاسفل من الجهة اليسرى بأربعة أسابيع فقط .

وثانياً — من آلات التطعيم بمصل الجدري . وهذا النوع من العدوى لا تسأل عنه مهنة الطب وحدها بل يسأل عنه نظام التطعيم وتعليمات مصلحة الصحة لحلاقى الصحة بالأرياف . إذ ان بعض الحلاقين — ورأيت مرة طبيباً مسناً في الأرياف يعمل مثلهم — يطعمون عشرين طفلاً بسلاحهم الصغير ولا يطهرون ذلك المشرط مرة واحدة بل يحملون السائل الدموى لكل طفل من الطفل السابق ممزوجاً بمصل الجدري . وبذا نكون معرضين لاختار التطعيم السابقة يوم ان كان التطعيم بمواد

الجسم الآدمي وليس بتجهيز المصل من الحيوانات كما يفعلون اليوم وفي هذا من الاخطار ما لا يخفى على طبيب وما لا يغيب عن ذهن مصلحة الصحة التي كان يجب عليها أن تجهز كل حلاق صحة بعدد كاف من المشارط وأدوات التطعيم وإذا ثبت إهمال واحد منهم في تعقيم كل مشروط بعد كل عملية تطعيم يعاقب العقاب اللائق .

ثالثاً - العدوى من الآلة التي يسمونها المنظار ، وهي آلة يستعملها الأطباء لفحص النساء داخل عضوهن التناسلي ، ولوحظ أن بعض الأطباء المكلفين بفحص العاهرات كثيراً ما ينقلون هذه الآلة من امرأة لأخرى بدون تعقيم وفي هذا من الإهمال والتقصير ما يعتبر جريمة فنية بل إن هذا ليحقر الطبيب أمام نفسه ومهنته تحقيراً لا تقاس بجواره الراحة التي تنتج من إهمال التعقيم ، واعتقد أن هذا النوع من العدوى تناقص كثيراً الآن .

ورابعاً - من باقى الآلات الطبية المختلفة الأشكال . . . ولكن لا يسعنا هنا إلا أن نذكر كلمة قصيرة لمهنة الطب بعد أن كشفنا أهم عيوب الإهمال فيها إذ أن الطب الحديث لم يهتم بشيء اهتمامه بالتعقيم وتطهير الآلات ولن يوجد طبيب بمعنى اللفظة يسمح له ضميره بالإهمال ولو قليلاً في تعقيم أدواته ، وإن الإحصائيات الطبية لم تترك شبهة على جميع فروع المهنة أكثر مما تقدم وهذا مما نذكره بالاعجاب وتشجيعاً للطبقة المتقدمة أيضاً على اتباع التعقيم اللازم حتى تمتحى هذه الطريقة للعدوى من مؤلفات الطب وتاريخه

أما العدوى من آلات الحلاقين فهي كثيرة ولا يمر اسبوع واحد حتى نرى بين مرضانا واحداً به مرض جلدى كان الحلاق السبب فيه . ولو كان الزهرى سهل الانتقال ولو لم يكن ميكروب الزهرى دقيقاً لا يعيش بعناد خارج الجسم لكانت آلات الحلاقين على ما هم عليه من نظافة معهودة واسطة لنقل الزهرى من شخص لآخر بسرعة كانت تضطر مهنة الطب لتغيير اسم الزهرى الى اسم أصح وهو (مرض الحلاقة) (انظر رسم نمرة ٣) .

والآن نتكلم عن نوع آخر كثيراً ما يتخذ المرضي عذراً يقدمونه وتعليلاً يعطون به طريقة عدواهم بالزهرى . وهذا النوع من العدوى هو انتقال المرض باستعمال

أدوات منزلية كفناجيل القهوة أو الملاعق أو كبايات الماء والبيره أو فم الشيثة الخ .
نعم انه يمكن انتقال المرض بواسطة هذه الأدوات ولكن هذا شيء نظرى فقط
وبالاختبار عملياً لوحظ ان انتقال العدوى بهذه الوساطة نادر جداً وذلك لنفس السبب
المتقدم وهو سهولة موت الميكروب وهو خارج الجسم ، فعذر الشاب الذى به قرحة
زهريّة على شفته العليا او السفلى الذى يقدمه بأن يقول انه أخذ العدوى من كبايات
القهوى والبارات لا يترجمه الأطباء عادة بأكثر من قولهم انها قبلة من فتاة بالقهاوى
والبارات أو ما شابه ذلك . ولكن هذا لا يمنعنا من أن نحذر القارىء من الاكثار
من استعمال الأدوات بالمحال العمومية ، اللهم الا ما كان معروفاً عنها النظافة والعناية
بتقديم أدوات منسولة جيداً لزائريها . وهنا تنبه القارىء لتحاشى الجلوس على القهاوى
والبارات الموجودة بالشوارع الملوثة بالعاهرات لكثرة زيارتها بطبقة جلها إن لم
تكن كلها مصابة بالأمراض التناسلية المعدية .

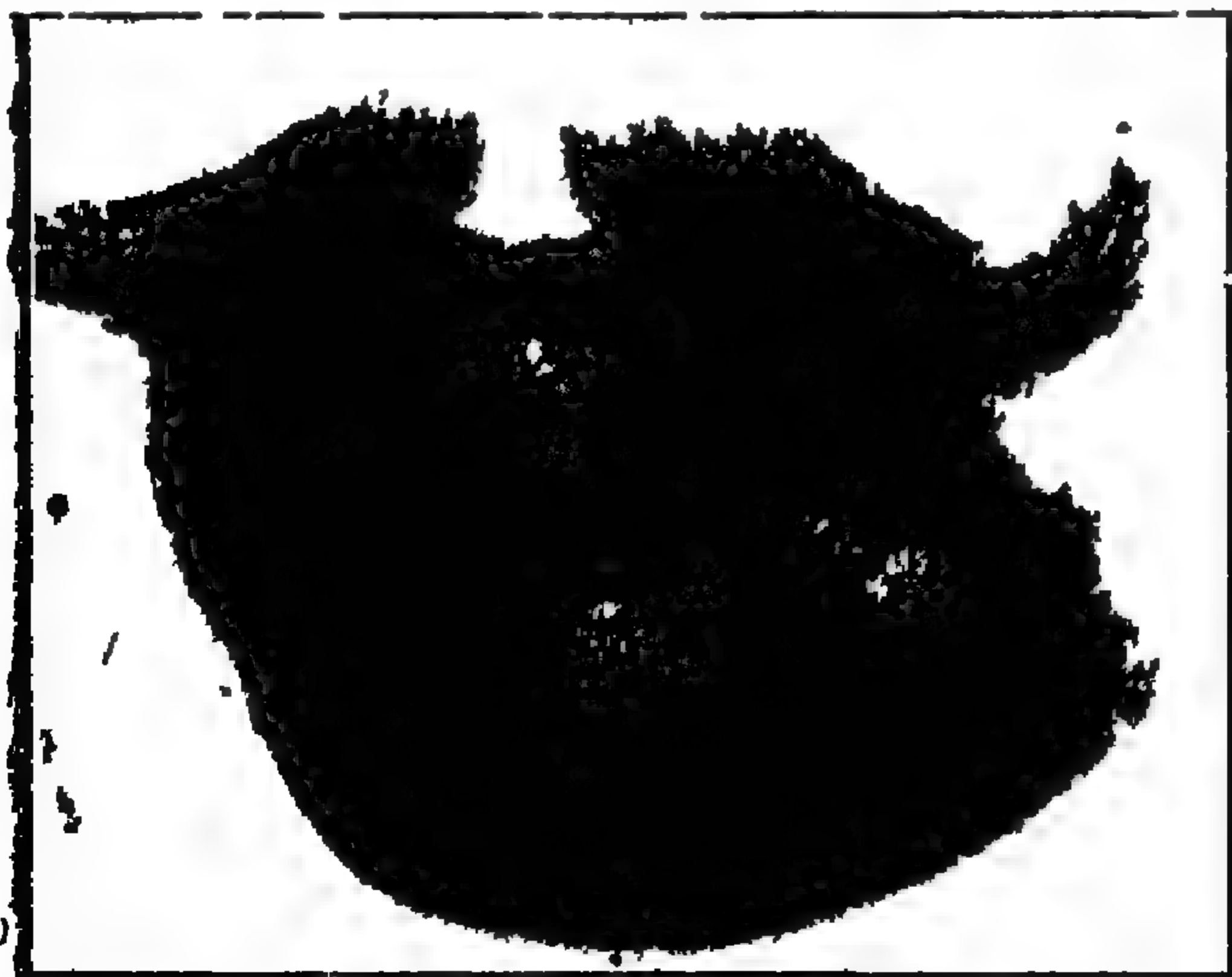
ونرى لتكميل الموضوع أن نذكر طرقاً أخرى للعدوى منها استعمال المراحيض
العمومية وكثيراً ما تكون ملوثة بالميكروبات من بعض المرضى الذين استعمالوها قبلاً ،
ومنها العادة القبيحة التى يتبعها بعضهم من الطبقات الصغيرة وهى تنظيف أعضائهم
التناسلية بمحوائط المراحيض العمومية وما ينتج عن ذلك من التعرض للعدوى .

ومنها أن تستعمل السيدات فى مدة الحيض (منسرويشن) عندهن خرقاً
صحية ملوثة بالميكروبات من غيرهن ، وهذا ينتج غالباً عند بعض السيدات اللواتى
يتكرمن على خادماتهن أحياناً باستعمال نفس الخرق التى تستعملها السيدات ، وفى هذا
من الخطر على نساء العائلات ما فيه ، والواجب الصحى أن تبقى كل سيدة خرقاً صحية
خاصة بها شخصياً . وأحياناً تستعمل الخادومات الخرق الصحية التى تخص سيداتهن
بدون علم السيدات ، ولذلك يجب على كل سيدة أن تحتفظ بهذه الخرق فى مكان مقفل .
نظن فى هذا الكفاية من تعديد أنواع طرق العدوى من القسم الثانى ، وتكلم
الآن على القسم الثالث

(ح) عدوى من وسيط لا يكون شخصياً مصاباً بالمرض : —

أهم أنواع هذا القسم هي العدوى التي ينقلها الحلاقون على أصابعهم وأيديهم وادواتهم (من امواس وفرش وفوط) من مصاب بالمرض الى وجه آخر سليم ، وهذا ما يستدعى الاهتمام بتكليف الحلاقين بغسل أيديهم جيداً بالماء الجاري والصابون على الأقل قبل لمس كل زائر لهم جديد . ويحدث أحياناً ان تصاب سيدة أو مريض عند بعض الاطباء المهلين بقرحة أولية أو بأمراض تناسلية أخرى سيأتى الكلام عليها من فحص المرضى بالأصابع أو الأيدي وعدم تطهير الأصابع أو الأيدي جيداً . وطريقة تحاشي ذلك بسيطة وهي استعمال القفاز الكاوتشوك أو الأصابع الصناعية وهذه أشياء يمكن تعقيمها بسهولة في الماء الساخن ولا تكلف الاطباء أية مشقة ، وتقتصر على ذلك مع ذكر المبدأ العام وهو أنه يمكن لأى شخص ان يكون وسيطاً في نقل العدوى بأن يحمل الميكروب ويقدمه لآخر يكون مستعداً لأى سبب كان أكثر من الوسيط لأن يصير مريضاً ، ومن هؤلاء العاهرات اللواتى ينقلن أمراضاً مختلفة على حوائط المهبل الداخلى من الزائر الاول للثانى ، وبواسطة الغسل البسيط أو الصدقة لا يصبى شخصياً بتلك الامراض مع ان الزائرين المتأخرين يتأصل فيهم ما تركه الزائرون الاولون .

وهنا نظن أننا شرحنا طرق العدوى شرحاً وافياً والسبب في ذلك أننا نعتقد أنه لو فهم الناس تفصيلاً طرق العدوى امكنتنا أن نعلم جيداً طرق الوقاية من العدوى وهي الغرض الاساسى الذى نسعى اليه إذ لا يختلف اثنان في أن الوقاية خير والفرصة خير من العلاج



(رسم نمرة ٣) صورة مريض بالزهري ظهرت عليه أول أعراض الزهري كشانكر على ذقنه من الحلاقة عند الحلاقين .

أدوار الزهري

اعتادت المؤلفات أن تقسم الزهري الى ثلاثة أدوار، الدور الاول والثاني والثالث. ويعطى المؤلفون اسم الدور الاول للمرض من يوم ظهور المرض أى من يوم ظهور القرحة الاولى الى يوم ظهور الاعراض الثانوية أى الطفح الجلدى الخ... من تورم بعض الغدد أحياناً، أو التقرحات الزهرية الثانوية على اللثة أو اللسان أو داخل الفم. والدور الثانى من يوم ظهور هذه الاعراض الى أن تبتدىء الاعراض المتأخرة للزهري كالشلل من الزهري أو كالأورام العظمية الخ... ويشمل هذا الدور مدة خمول المرض أى المدة التى تنقضى بعد اختفاء جميع أعراض الدور الثانى الى ظهور أعراض الدور الثالث. والدور الثالث يبتدىء بظهور الاعراض المتأخرة للزهري السابقة الذكر الى أن تنتهى حياة المريض. (وقد وضع فورنييه قدماً رابعاً يبتدىء بعد ظهور أعراض الاورام العظمية... الخ بالقسم الثالث الى آخر أدوار الشلل وسماه (باراسيفيلينكا)

ونحن نرى أن هذا التقسيم أصبح تقسيماً مبهماً أى تقسيماً مبنياً على ظهور أعراض ربما تأخر ظهورها أحياناً أو ربما لا تظهر كلية كما سنجىء وصفها تفصيلاً، ولذا نضع هذا التقسيم الجديد وهو مبنى على أصول علمية أى على باثولوجيا الزهري، ونحب أن نسمع اعتراضاً عليه من حضرات الزملاء ان كان عندهم ما يقدمونه ضده وتضطرننا باثولوجيا المرض الى تقسيم أدوار المرض الى خمسة أقسام : —

- (١) دور الحضانة (اينكيو بيشن)
- (٢) دور القرحة الزهرية (الدور الاول القديم)
- (٣) دور تعميم العدوى
- (٤) دور خمول المرض (الدور الثانى القديم)
- (٥) دور رجوع ظهور الاعراض (الدور الثالث القديم)

والغرض من هذا التقسيم هو رفع الابهام في التقسيم القديم ونحكي باتولوجيا
الزهرى في تسمية أدواره ليس إلا .

(١) دور الحضانة

لكل مرض دور حضانة وهى المدة التى تنقضى بين أول لحظة يصاب فيها
المريض بالعدوى بالمرض الى أن تظهر عليه أول أعراض معروفة لنا كاعراض مختصة
بهذا المرض . والزهرى كباقي الأمراض له دور حضانة معروف، فمن اللحظة التى يلحق
فيها مريض ميكروب الزهرى الى يوم ظهور القرحة الزهرية الاولى، وهى اول اعراض
المرض المعروفة، تقتضى عادة مدة تتراوح بين ٣ و ٦ أسابيع . ولكن هذه المدة تتغير
أحياناً، فمثلاً مدة حضانة الزهرى الخبيث (سيفيليس مالبجنا) تكون فى حالات كثيرة
بين سبعة أيام واسبوعين، وقد لوحظت قرح زهرية أولية بعد مرور ثلاثة أيام فقط من
لحظة التلقيح بالمرض . وأحياناً تطول مدة الحضانة لزمان مدهش، إذ لوحظ فى بعض
الحالات ان القرحة الاولى ظهرت بعد مرور تسعة اشهر كاملة من لحظة التلقيح، ولكن
المدة المعتادة هى كما ذكرنا آنفاً .

وسياتى الكلام عن نوع من الزهرى يسمى (سيفيليس دامبليه) لا تظهر فيه
القرحة الزهرية الاولى . وبذا تطول مدة الحضانة ظاهرياً ولكنها كغيرها من
مثيلاتها كما سياتى الكلام عليها عند ذكر هذا النوع من الزهرى .

(٢) دور القرحة الزهرية

يبتدىء هذا الدور بابتداء ظهور القرحة الزهرية ويستمر حتى تمام العدوى بجميع
أجزاء الجسم ، أى يستمر هذا الدور من لحظة ظهور القرحة الأولية الى بدء دور
تعميم العدوى ، وهى مدة تتراوح بين ١٨ يوماً و ٤٠ يوماً فى الحالات العادية، (واذا
عملت عملية فازرمان - وسنتكلم عنها فى باب آت - فى أوائل هذا الدور فانها
تكون فى اكثرية الحالات سلبية . وعملية فازرمان هذه هى عبارة عن تحليل الدم
لتساعدنا على تشخيص الزهرى)

(لياحظ القارئ اننا سنرمز في كتابنا دائماً لعملية فازرمان بالحرفين ع . ف
وسيجىء وصف هذه العملية اجمالاً بعدئذ)

القرحة الزهرية

الشانكر - هارد شانكر - شانكر ديوروم

لما يتعرض الشخص للعدوى تبتدىء الميكروبات تدخل الجسم باخترق الطبقة
الخارجية للجلد أى البشرة (ايبيدرمس) ولا عبرة بقول البعض بلزوم وجود
خدوش بالجلد لتمكن الميكروبات من دخول الجسم . وبعد اختراق الجلد تبحث
الميكروبات عن خلايا النسيج الخلوى (النسيج الموصل - كونيكتيف تيشو)
او عن خلايا مخاطية (ايندوثيليال) حيث تصل الى السائل الحيوى (بروتوبلازم)
لهذه الخلايا . ومن هذا يرى أن كل قوة هجوم الميكروب على الجسم توجه لهذه
الخلايا . ولذا يزداد عددها لتدافع عن الجسم وتستقبل الهجوم بقوة تليق به ، واذا
فحص محل العدوى ترى خلايا كثيرة من هذين النوعين حتى انه اذا أخذ جزء من
القرحة الأولى ومن حولها وفحص يرى به عدد عديد من هذه الخلايا .

وبما أن الجسم الذى أخذ العدوى لا يمكنه افراز كمية كافية من الاجسام الواقية
والسوائل الحامية بسرعة هائلة لتقيه شرتمكن ميكروبات أخرى من دخوله فانك
ترى أحياناً قرحة متعددة . مع انه لو كان يمكن الجسم افراز كمية كافية من هذه
الاجسام والسوائل الواقية لما أمكن وجود أكثر من قرحة واحدة .

ولاحظ العلماء انه يمكن أن يلحق الجسم من قرحة أولية به مرة ثانية فى مدد
مختلفة تتراوح بين ٣ أو ٤ الى ١٤ يوماً^(١) ونتيجة هذا التلقيح هى قرحة زهرية
أيضاً لا تختلف الا قليلا فى حجمها عن القرحة الأولى ، ولما تكثر خلايا النسيج
الموصل^(٢) تتحول بطبيعة التهاب كالثهاب الزهرى المزمن الى أنسجة ليفيه (فيبرس

(١) بوشكه وايرمان .

(٢) تنصح القارئ بمراجعة باثولوجيا الزهرى فى اى مؤلف من مؤلفات الباثولوجيا
الزهرية او حتى فى مؤلفات الباثولوجيا العامة .

تيشو) وهذه أنسجة اذا ما تجمعت يتركب منها سطح به صلابة مخصوصة، ومن صلابة هذا الجسم اللينى يشعر الطيب بنوع من الصلابة عند فحص القرحة الزهرية . ولكن وجود هذه الصلابة غير ضرورى لتشخيص القرحة الزهرية لأنه يمكن أن تهاجم الميكروبات خلايا مخاطية (ايندوثيلال) بكثرة وفي هذه الحالة لا يحصل ذلك التولد (پروليفريشن) السريع فى خلايا النسيج الموصل ولذا لا يحصل تحول كبير للأنسجة اللينة وعلى ذلك لا يتكون ذلك الجسم الصلب . وليلاحظ القارئ انه فى أكثر حالات التهاب -- والزهرى لم يخرج عن كونه التهاب ولكنه التهاب مزمن -- يحصل هجوم على خلايا أو كريات الدم البيضاء (لوكوسيت) ولذا فان كل التهاب يكون مصحوبا بافراز مادة صديدية نتيجة مقاتلة كريات الدم البيضاء الأجسام الأجنبية ، وبما أن هجوم الاجسام الغريبة فى الزهرى لا يوجه لهذه الكريات بل يوجه للخلايا المخاطية وخلايا النسيج الموصل ، فلا يوجد بالقرحة -- عادة -- افراز صديدى كنتيجة مباشرة للالتهاب الزهرى ، وهذا ما يضطر علماء الباثولوجيا لاعتبار الشانكر تا كلا (ايروزن) وليس تقرحا (السيريشن) ، وكثيراً ما يوجد الشانكر بهيئة حبة صغيرة -- بايول -- بدون تأكل ولو بسيط ، وفي حالة مهاجمة الميكروبات للخلايا المخاطية تتوالد الخلايا المخاطية وتكثر فتسد مجارى الدم ويحصل النيكروز .

وهنا يجب أن نذكر بعض الخلاف بين الشانكر الطبيعى أى الشانكر الذى ينتج من عدوى اعتيادية آدمية وبين الشانكر الذى يعمل صناعياً فى التجارب التى تعمل على الحيوانات :-

الشانكر الآدمي

(١) يكون تأكلاً عادة (ايروذن) الا في حالة مهاجمة الخلايا المخاطية حيث يكون نيكروزا

(٢) يختلف شكل الشانكر الظاهري وطرق نموه باختلاف الحالات

(٣) تختلف ميكروبات السيروشيتا باليدا الموجودة في هذا الشانكر اختلافاً بيناً في نشاطها وحركتها وشكلها عن السيروشيتا التي تزرع باكتيريولوجياً أو صناعياً

(٤) توجد ميكروبات السيروشيتا في الغدد الليمفاوية الموجودة بالقرب من القرحة الزهرية

(٥) توجد بالشانكر تغيرات هيستولوجية كثيرة منها وجود الخلايا الضخمة ونقط نيكروز منتشرة تشبه صورة هيستولوجية مرض السل

(٦) تنتشر العدوى بسرعة من الشانكر الى باقى الجسم ويصبح الجسم مصاباً بالزهرى اى ينتقل بالسرعة المعتادة

الشانكر الصناعي

(١) يكون تقرحاً (السيريشن)

(٢) عادة يكون شكله واحداً في افراد اى فصيلة من كل حيوان وطرق نموه واحدة (٣) تشبه ميكروبات السيروشيتا الموجودة في هذا الشانكر السيروشيتا المنزوعة باكتيريولوجياً او صناعياً وكثيراً ما ترى خاملة تحت العدسة المكبرة (الميكروسكوب)

(٤) لا توجد ميكروبات السيروشيتا في الغدد الليمفاوية الموجودة بالقرب من القرحة الزهرية وهذا ما استدعى تلقيح حيوانات أخرى بهذه الغدد المظنون انها مصابة لاتبات وجود الميكروب بها (بوتسكه وديلبانكو وجرايتز)

(٥) لا تلاحظ تغيرات هيستولوجية تذكر

(٦) كثيراً ما ينمو الشانكر وتنتهى حكاية المرض بظهور المرض كقرحة زهرية ولا ينتشر المرض داخل الحيوان

من دور القرحة الى دور تعميم العدوى	اي لا تظهر اعراض المرض المتابعة كالزهرى الآدمى اللهم الا فى بعض انواع القرحة الراقية كالشيمبانزى
(٧) تختلف مدة دور الحضانة فى الشانكر الآدمى من اسبوع فى الزهرى الخبيث الى ٣ الى ٦ أسابيع اعتياديا الى بضعة شهور فى بعض الحالات النادرة	(٧) لا تختلف مدة دور الحضانة فى الشانكر الصناعى فى كل فصيلة حيوان بل تعتبر تقريبا ثابتة ولو زادت او نقصت قليلا

ومما تقدم يرى القارىء المصاعب الجمّة التى تقف فى سبيل عمل التجارب العلمية لدراسة الزهرى ولا أحب أن أطرق باباً طرقه علماء كثيرون قبل الآن وهو امكان عمل التجارب العلمية على الآدميين المحكوم عليهم بالاعدام فى البلدان المختلفة لأننى أجد نفسى بين عاملين قويين . أولهما الرغبة فى تعضيد تقدم علم الطب فى مباحثه واستكشافاته خدمة للإنسانية المعذبة بمثل هذا المرض وغيره، فبدلاً من أن نعدم الشخص المجرم فى لحظة واحدة فلنترك العالم الطبى ينتفع بجسمه فى تجاربه العلمية خدمة لمصلحة كل البشر وكل الاجيال القادمة . وثانيهما الحق المقدس الطبيعى لكل جسم أن لا يعذب فى هذا الوجود تطبيقاً لأي احكام موضوعة، لأن المبدأ الانسانى الراقى يقول بأن العقوبة القانونية ليست انتقاماً بل رادعاً من الهيئة الاجتماعية لمن تسول له نفسه الخروج عن دائرة حريته ومنظماً لتلك الهيئة من أفراد المجرمين من أبنائها ، ولست أجد نفسى راغباً الآن فى هذا المؤلف لابداء رأيى فى العاطفتين لقصر المؤلف عن أن يسع المباحث والأدلة اللازميتين لتعزيز افضلهما .



رسم نمرة ٥



رسم نمرة ٤

رسم نمرة (٤) شانكر متأكل — ترى القرحة منتظمة وحولها دائرة بيضاء اللون نوعاً عن باقي القرحة

رسم نمرة (٥) شانكر متأكل — ترى ثلاث قرح صغيرة . وهذا النوع يعقبه دائماً اعراض شديدة . ويكون دور خمول المرض قصيراً جداً ويدخل المريض دور رجوع الاعراض بسرعة وربما أعقبته اعراض عصبية قوية .

اقسام الشانكر

(١) من حيث مظهر الشانكر

ينقسم الشانكر من حيث مكانه الى قسمين : —

(١) الشانكر التناسلي (جينيتال)

(٢) الشانكر الغير التناسلي (اكترو جينيتال) .

(١) الشانكر التناسلي

هو القرحة الزهرية التي تكون على العضو التناسلي للرجال والنساء ، ولا يقتصر الاسم على القرحة التي تكون على القضيب أو المهبل بل يشمل أيضاً كل القرحة التي

تكون حول القضيب، مثلاً على الصفن أو العانة أو فتحة الشرج (اينس) عند الاطفال أو الأولاد الذين يكونون عادة ضحية للعادات القبيحة كاللواط أو عند النساء اللواتي يأتين بعض الرجال بشكل غير طبيعي . وأحياناً توجد القرحة خارج فتحة الشرج في منطقة الجلد التي فوق العجز . والقرحة التناسلية عند الرجال تكون عادة على رأس القضيب (الثمرة) أو على الدائرة التي بين القلفة ورأس القضيب أو على الغلفة أو على ظهر القضيب وكثيراً ما تكون عند أسفل القضيب عند اتصاله بالصفن أو على العانة التي فوق القضيب وقليلاً على الصفن (سكروتم) . وعند النساء تكون القرحة عادة على شفرتي الفرج - (لايا ماجورا ولا يامينورا) - أو عند فتحة مجرى البول أو على العانة . وقليلاً ما تكون على حوائط المهبل ^(١) . وأحياناً تكون حول عنق الرحم وفي بعض الحالات تكون على السطح المخاطي الداخلي لعنق الرحم .

(٢) الشانكر الغير التناسلي (اكسرا هينينال)

هو القرحة الزهرية التي تكون واقعة بعيدة عن الأعضاء التناسلية ، وليس معنى غير تناسلي أن تكون القرحة الزهرية متسببة عن أى عمل غير تناسلي أو شبيه بالتناسلي كالقبلة الشهوانية الخ . والاغلية الكبرى في هذا النوع وجود القرحة على الشفتين أو اللسان أو داخل الفم على سطح اللوزتين أو الحلق الأعلى أو اللثة ، وكثيراً ما تكون على الذقن وقليلاً على الحدود أو عند فتحة الأنف أو الأذن . ولوحظ على الثديين والصدر عدد يذكر من القرحة ، وأحياناً تلاحظ القرحة على أصابع اليد عند الأطباء وطلبة الطب وعند بعض الأشخاص الذين يلمسون الأعضاء التناسلية بأيديهم برغبة وميل عظيمين .

وكما قلنا أولاً يمكن وجود القرحة على أى جزء من أجزاء الجسم يتعرض للعدوى

(١) ولقد اكتشفت بعض القرحة الزهرية على حوائط المهبل عند فحص بعض السيدات اللواتي كنن عالجون من التهاب في عنق الرحم أو الرحم أو الميس أو بسبب العقم ، وكانت هذه الاكتشافات نتيجة التدقيق في فحص حوائط المهبل ، ولذا يصح لكل من يفحص المهبل أن يتدقق جداً ليلاحظ وجود قرحة زهرية من عدمه .

(ب) الشانكر من حيث شكله

وينقسم الشانكر من حيث شكله الى اقسام عديدة تختلف عن بعضها اختلافاً
بيناً بالنسبة لونها واتساعها وتقيحها وتأكلها ، ونظافة سطحها واتساخها ، وعناد بعضها
وبقاءها رغماً عن العلاج الذى يشفى البعض الآخر بسهولة غريبة ، وخطورة موقعها . . الخ
وسندكر هنا بعض هذه الانواع المهمة تاركين تفاصيل الانواع الاخرى لمؤلف
اكبر من هذا :-



رسم نمرة (٦) - شانكر ما كل

فى هذا الرسم (٦) ترى قرحتين على جلد القضيب . يظهر التصلب عند الفحص
باليد كجسم صغير متحرك تحت الجلد . وهذا أحسن نوع من الشانكر لتشخيص
السبيروشيتا باليدا فى عينة منه . وكنيراً مانعود وتظهر عند المريض قرح تشبه القرحة
الأولية حتى بعد اختفاء هذه . ولمنع حصول هذا لابد من اعطاء المريض علاج
(انترامين) إذ يساعد ذلك على الشفاء التام من التصلب بالقرحة (ماك دوناخ) .

(١) الشانكر المتأكل (ابروف شانكر)

هو الشانكر الذى يحصل تأكل بسيط فى سطحه فيتلف الطبقة الرقيقة العليا للبشرة وقليل ما يحصل فى طبقاته العميقة تصلب أو تحجر ظاهر .
وهو النوع الاكثر انتشاراً ، وفى اكثر الاحيان يكون متعدداً فتظهر قرحتان أو ثلاث ولوحظ ٨ و ٩ و ١٣ فى آت واحد . وهو النوع الذى يسهل تشخيصه ميكروسكوبياً لسهولة عمل عينة تظهر فيها سيروشيتا باليدا بكثرة ، ولو ان تشخيصه اكلينيكيًا صعب خصوصاً لما يظهر على حشفة القضيب (الثمرة) - جلانزينيس - حيث يحتاج الطبيب لخبرة تامة وملاحظة دقيقة لتشخيص قرحة كثيراً لا تظهر بشكل أوضح من احمرار بسيط على الحشفة بسطح رقيق متأكل مستدير . وهما تقاربت القرح المتعددة فى هذا النوع فانها لا تتصل بعضها بعد امتدادها فى أغلب الاحيان .



رسم نمرة (٧) شانكر متأكل

ترى ثلاث قرح . العدد الليمفاوية المجاورة تكون عادة متصلة . دور تعميم العدوى يكون عادة شديداً . الاعراض المتأخرة كالتغيرات فى الأوردة والشرابين والاعراض العصبية يحتمل ان تظهر بشدة (ماك دوناخ) .

وكثيراً ما توجد قرحة على الحشفة وقرحة تقابلها من نفس النوع على القلفة -
بريبوس - ويكثر هذا النوع من الشانكر على حلد القضيب وعلى تاج الحشفة -
كورونا جلادس - ولا يكون على تاج الحشفة أو أحياناً على الحشفة تلبس الحالة
بمرض التهاب الحشفة (بالانيتيس)، ولكن يسهل التفريق بينهما (أولاً) بوجود قرح
متعددة منها واحدة أكبر من غيرها في الزهري (وثانياً) استعمال مطهرات خارجية
موضعية خالية من الزئبق يشفي التهاب الحشفة ولكن الفرح الزهري تتحسن فقط
وتبقى كما هي (وثالثاً) بالفحص الميكروسكوبي توجد سيروشيتا باليدا في القرح
الزهري وتوجد سيروشيتا بالانيتيس في التهاب الحشفة ، وطبعاً غنى عن البيان
ذكر ضرورة معرفة تاريخ المرض وتقديمه ... الخ مما يساعد كثيراً على تشخيص الحالة -
وقصارى القول ان الشانكر المتأكل في شكله الاعتيادى هو الشانكر الذى له
سطح احمر لامع مع وجود ليمف مجفف . وأحياناً يكون مصفراً من وجود غشاء
افرازى عليه ، وفي كلا الحالتين يمكن اخراج السائل الدموى أو المصل الدموى (سيروم)
بضغط سطح الشانكر . وفي اكثر الحالات يكون مصحوباً بتصلب (انيديوريشن)
يختلف باختلاف الموضع وشكل العدوى .

ولوحظ أن هذا النوع من الشانكر يكون نذيراً في حالات كثيرة بمحصول
اضطرابات مختلفة في الجهاز العصبى نتيجة الزهري ، وربما امكن تعليل ذلك بأن
العدوى لما تظهر في شكل هذا الشانكر تكون عادة قوية اذ لا تضعف قوة سيروشيتا
باليدا بمهاجمة ميكروبات صديدية اخرى تنمو معها كما يحصل في أنواع اخرى من الشانكر ،
ولا تتأثر ميكروبات الزهري بافرازات هذه الميكروبات الصديدية البروتيو ليتيكية
فيكون هجومها اشد وانتشارها اسرع . ومع كل ذلك فهذا تعليل بسيط اذ أننا لهذه
اللحظة لم نصل للتحقق من معرفة سير المرض وشدته وضعفه من اشكال القرح
الاولى ، الا أن الاحصائيات المختلفة بينت ان الزهري الذى يبتدىء بشانكر من هذا
النوع يكون عادة اشد وطأة منه في الأنواع التى تبتدى بأنواع أخرى من الشانكر



رسم نمرة (٨) شانكر متقرح ومتأكل . أربع قرح — اثنان على تاج الحشفة
وواحدة على الحشفة وواحدة على خماص القضيب .

(٢) الشانكر المتقرح (الصيراتف شانكر)

(١) يظهر هذا الشانكر عادة بشكل حلقات زهرية (بايول سيفيلتيك)
وكثيراً ما يكون صغير الحجم جداً . ولكنه يكبر ببطء وفجأة يتسدى يتقرح
ويتسع وتترى قشرة (كراستا) على سطح القرحة نتيجة التقرح السريع ، وهذه
القشرة تتخذ عادة لوناً اصفرًا محمرًا أو تكون بلون بني غامق وتكون جافة أكثر من
القشرة التي تغطي القرح الصديدي (يوجينيك) . وهذه القشرة يجب أن تنزع من
سطح القرحة الزهرية قبل تشخيص القرحة ، ومجرد نزعها بعناية يساعد كثيراً على
التشخيص الصائب ، ففي القرحة الزهرية يكون سطح القرحة مغطى تماماً بالقشرة وفي
القرحة الصديدي تغطي القشرة وسط القرحة فقط والدائرة الغير المنتظمة حول القشرة
تكون مكشوفة . وعند رفع القشرة يكون سطح القرحة الزهرية مغطى بالصديد وحافة
القرحة ملتهبة ومحمرّة نتيجة تأثير القشرة التآكلي (بروتبولينيك) ، وبمسح الصديد

بقطعة قطن ترى السطح ناعماً وحافة القرحة ملتصقة بسطح قرحة غير محفور أسفلها (نوت انديرميند) غير مرتفعة ، وترى الحافة منتظمة الشكل بعكس القرحة الصديدية التي يكون سطحها متأكلاً خشناً وسخاً قذراً وحافتها مرتفعة ملتصقة بسطح القرحة لوجود حفر أسفلها ، وترى شكل القرحة غير منتظم لانتشار القرحة في اتجاهات مختلفة بانتشار الميكروبات الصديدية وافرازاتها السامة .



رسم نمرة (٩) شانكر متقرح
ترى ثلاث قرح - واحدة منها مصحوبة بورم عند رأس القضيب
(ماك دوناخ)

ويكثر وجود هذا الشانكر نمرة (٩) على تاج الحشفة (كورونا) وخصوصاً عند اتصال تاج الحشفة بقيد القضيب (فرينم) وكثيراً ما يظهر على نفس قيد القضيب أو على جانبي القيد حيث تظهر قرحتان في آن واحد وعند ما تتقرحان فتشكان بالقيد



رسم نمرة (١٠) شنكر مخف

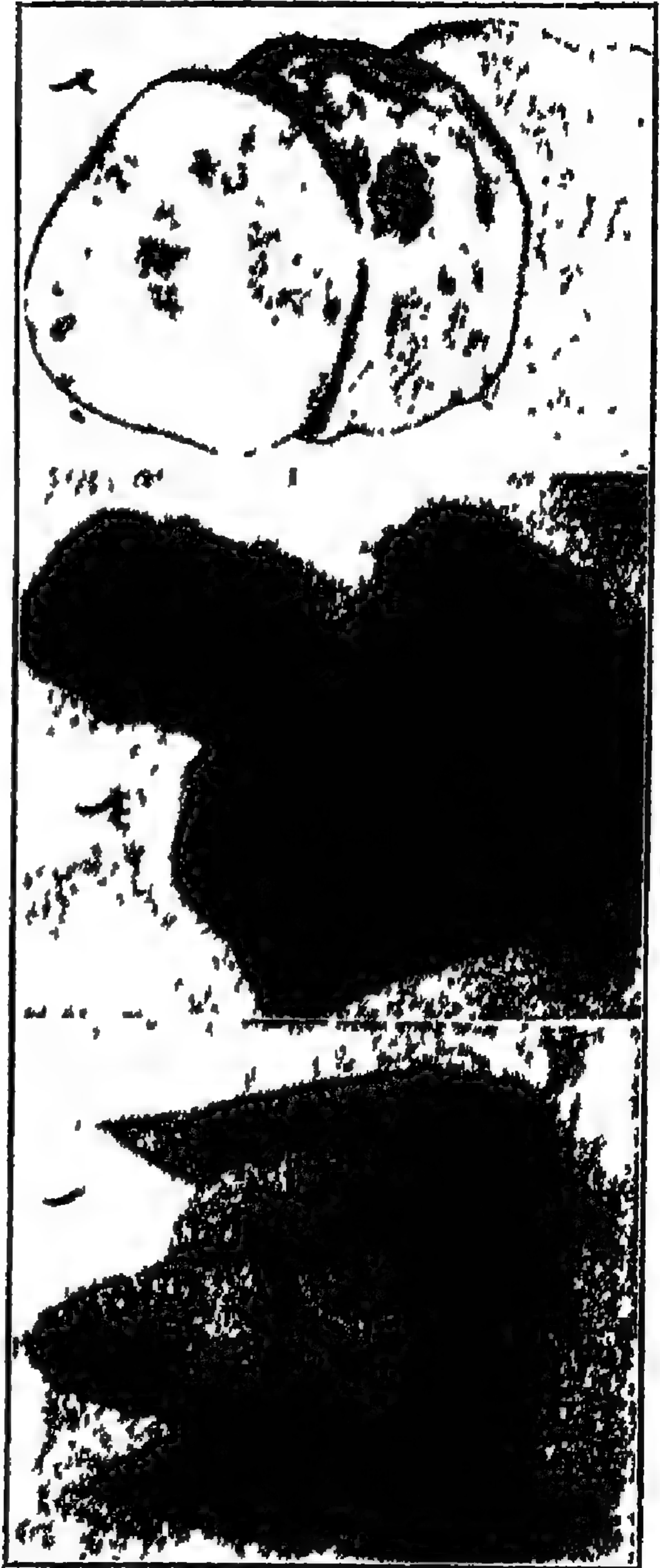
— ترى تا كلا بتفرح على ظهر القضيب . وترى تورماً بجلد القضيب ، وترى القلفة مثنية على نفسها من الداخل عند فتحها الاماميه (ماك دوناخ)

(سيفيلس دامبله)

(ب) وأحياناً يظهر الشاكر المتفرح كحليات زهرية صغيرة وتختفى بدون علاج وغالباً لا يلاحظها المريض . واكثر الحالات التي يظن أنها من نوع الزهرى المسعى (سيفيلس دامبله)^(١) اى الزهرى الذى لا تظهر له قرحة اولى بل يتبدى ظهوره

(١) فى حالات الزهرى من هذا النوع يكثر الجدل بين الاطباء فى تشخيص المرض ، ويعود ذلك اولا الى جهل كثيرين من المرضى او ثانيا الى تمسك كثيرين من الاطباء والبيكثيرولوجيين بقيمة تحليل الدم . وسنشرح ذلك تفصيلاً فى باب (عملية فازرمان) .

بظهور الاعراض الثانوية كالطفح الجلدي او القرحات التي على الشفتين او اللثة او تورم بعض الغدد تكون عادة بدئت بظهور القرحة الزهرية الاولى بشكل شانكر متقرح كهذا يختفي وهو صغير بدون أن يلاحظ وجوده.



(رسم نمرة ١١)

- (١) صورة قضيب به طفح جلدي حليمي متقرح (بايولو باسديولان) نتيجة تأثير الجرب (سكايوزا)
- (٢) صورة قضيب به قرحة زهرية مع عدوى ثانوية بميكروب (ستريبتوباسيل دو كريبه) وهو ميكروب القرحة الرخوة وتري نتاج الحشفة (كورونا) وربما بسيطاً نتيجة العدوى الثانوية
- (٣) صورة قضيب به مرض مولاسم كوتاجيوزا (ريكة)

(وضعت الثلاث صور بجوار بعضها للمقارنة مساعدة على تشخيص الحالات)

(٣) الشانكر الكبير او الفخيم } شانكر جيان بالفرنسية
ريزنشانكر بالألمانية

هو نوع من الشانكر يكبر حتى يكون اكبر من حجم الليمونة أحياناً ويكثر وجوده في اسفل البطن وأعلى العانة . وعادة يظهر منفرداً كقرحة واحدة ولوانه يظهر متعدداً أحياناً، وقد رأيت مريضاً به شانكر من هذا النوع تحيط به قرح زهرية صغيرة بشكل غير منتظم وظهرت هذه القرح في وقت واحد ولاحظت أن العينات التي أخذتها من القرح الصغيرة امكن رؤية سيروشيتا باليد بها ولم أتمكن من رؤية سيروشيتا قط في ثلاث عينات من الشانكر الاكبر .



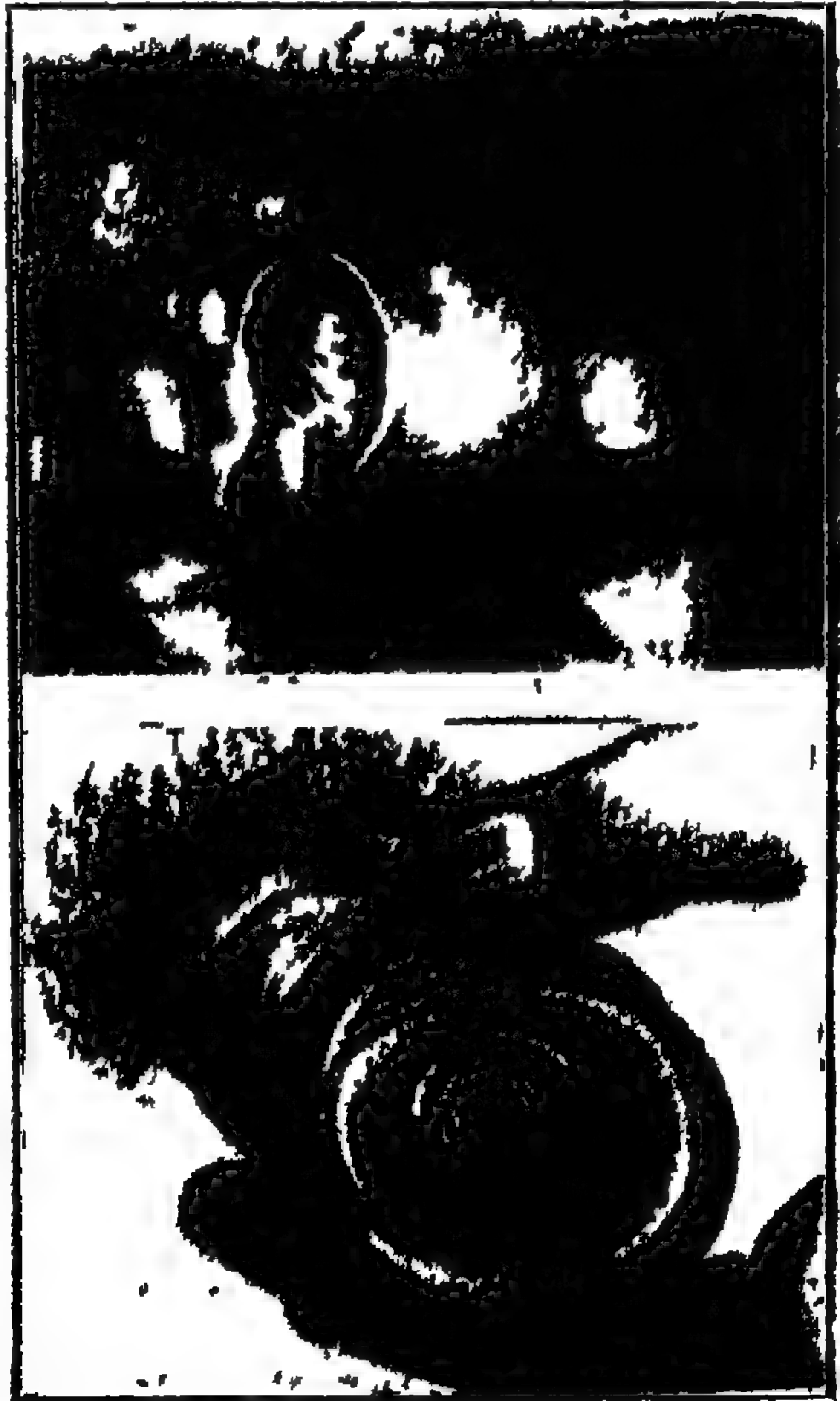
(رسم نمرة ١٢) صورة فضيب به شانكر متأكل مصحوب بما يسمى به (كونديلوما اكيوميناتا) « ماك دوناخ »

(٤) الشانكر البشري (اكثياتص شانكر)

يظهر هذا الشانكر عادة في أحجام كبيرة نوعاً كحجم المليم أو قطعة المليمين الى القرش الصاغ ، وسطحه مرتفع منتظم مغطى بقشرة (كرامتا) اذا ما نزعنا ظهر

السطح بشكل حبيبي (جرانولار) خصوصاً في النوع الكبير الحجم . ويظهر هذا النوع عادة على الجلد وخصوصاً في الزهري الغير التناسلي (اكسترا جينيتال) فمثلاً يظهر على البطن والخذ والتدين حيث يكون مصحوباً بالتهاب يحيط به بسيط بالنسبة لحجم الشانكر الكبير ، ولما يظهر على القضيب يكون مصحوباً بورم كبير لوجود الجلد على القضيب بحالة رخوة .

ويوجد نوع من الشانكر يسمى (فاجيدنيك شانكر) أي الشانكر ذو السطح المتأكل جداً ببعض التقرح . وهو نفس النوع السابق أي الشانكر البثري عند ما تحصل له عدوى ثانوية (ساكندري ايفكشن) بميكروبات أخرى أهمها نوع آخر من سيروشيتا اسمه (حرام نيهاتيف سيروشيتا) مصحوباً بميكروب يعاونه على الحياة



(رسم نمرة ١٣) الأيمن - شانكر مجرى البول - راجع صهيفة ٥٣
الأيسر - شانكر متقرح - ترى الفرحة بأعلا القلفة و ترى بالقلفة بعض الورم

اسمه (فيوزيفورم باسيل جرام نيجاتيف) وهذا الشانكر ينتشر ويتسع في الحجم بشكل اكبر من سابقه
ولوحظ انه تصعب رؤيا ميكروب سيروشيتا باليدا في العينات المجهزة من نوعى
الشانكر الأخيرين .

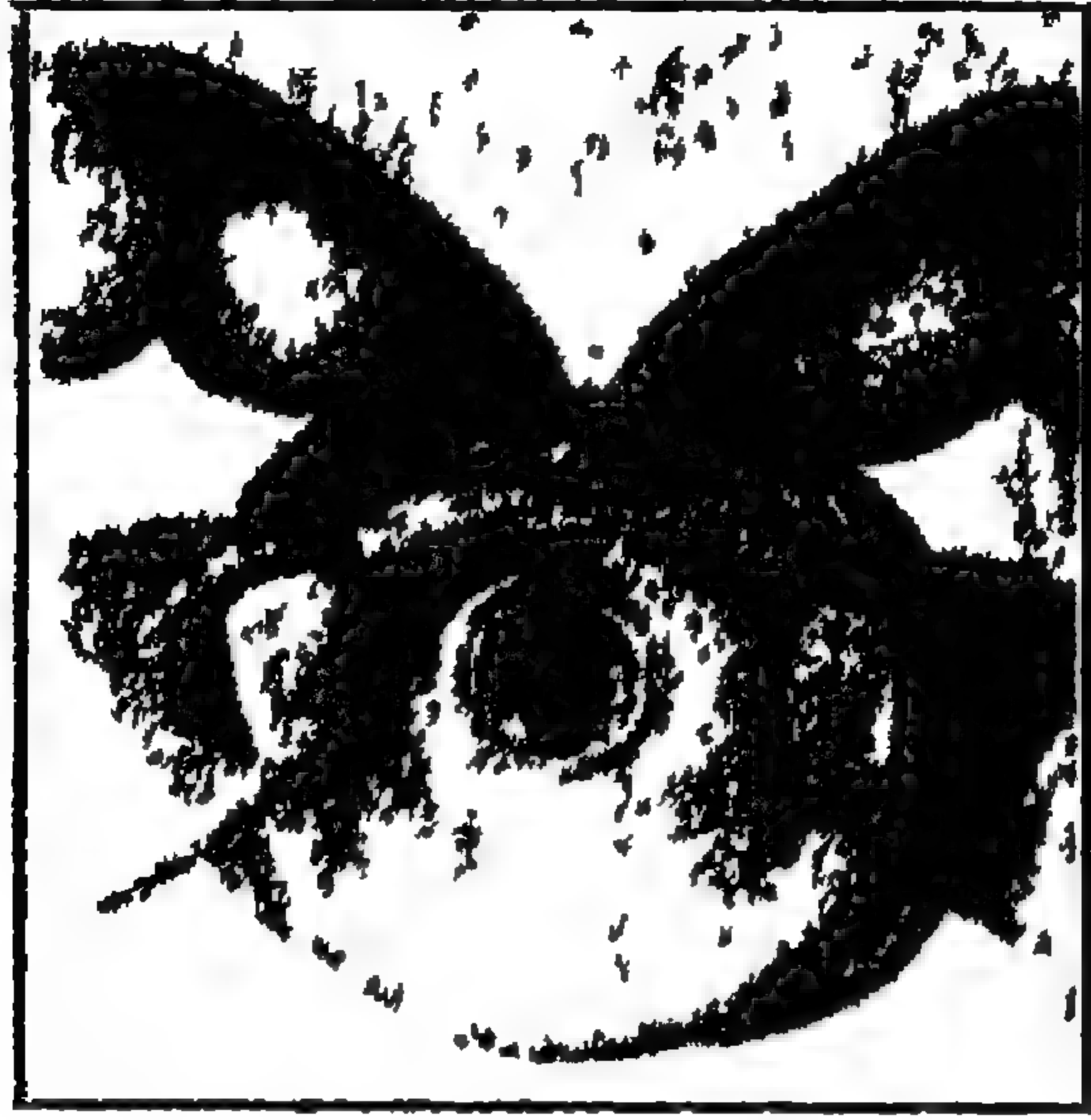
(٥) شانكر ناج الحشفة فيموزى (كورونال شانكر كوم فيموزس)

هذا النوع ليس نوعاً قائماً بذاته بل هو من نوع الشانكر المتأكل مصحوباً
بفيموزس أى ورم فى القلفة (بريبيوس) . ولوحظ أن القلفة تكون متورمة فى الجهة
التي بها الشانكر ويمكن تشخيص هذا الشانكر بسهولة ومن رأى شانكراً كهذا مرة
واحدة فى حياته لا يخطئ تشخيصه مرة أخرى . إذ بالنظر يُرى ورم بالقلفة بارز من
جهة واحدة من القضيب ، وهذا الورم ليس ناتجاً عن التهاب بالقلفة بل هو نتيجة
التصلب الزهري بالأوعية الليمفاوية أو بالشرابين والأوردة الصغيرة . ويُرى تغير
فى لون القلفة يميل للون نحاسى اسود فى الأجسام ذات البشرة السمراء أو للون
أزرق بنفسجى فى الأجسام ذات البشرة البيضاء الناصعة . وبالفحص باليد (باليشن)
يشعر الطيب حالا بتصلب القرحة بين أصابعه ويندر جداً عدم وجود هذا التصلب
فى هذا النوع . ولم أرَ إلا شانكراً واحداً من هذا الشكل ليس به تصلب وبالتدقيق
اتضح انه شانكر مقروح وكان الفيوموزس - الورم - ناتجاً عن وجود مرض السيلان
(جونوريا) ايضاً عند المريض ، ولأن هذه حالة نادرة فأنى ذكرتها لأستفقت
النظر للاهتمام بتشخيص القرحة الزهرية تشخيصاً دقيقاً جداً اذا كانت مصحوبة
بالتهاب سيلانى ايضاً .

(٦) شانكر مجرى البول (يوريثرال شانكر)

هو الشانكر الذى يظهر على حوائط مجرى البول (يوريثرا) وهذا النوع والنوع
(٥) يظهران دائماً نتيجة الجماع . ويندر جداً بدء ظهور شانكر مجرى البول داخل المجرى .

إذ في أكثر الأحيان يمتد من الصماخ - فتحة القضيب الأمامية (ميتس) الى داخل مجرى البول ولذا تكون حشفة القضيب (جلانزينيس) مصابة أيضاً .



(رسم ممر ١٤) شانكر مجرى البول

تري القرحة الاولى ظاهرة على الحائط الايسر للخصص «ماك دوناخ»

وبالفحص بالظر (اينسبكشن) يلاحظ افراز دموى من مجرى البول أو نصف دموى وأحياناً يكون أصفرًا وغزيرًا حتى يشك في ان الحالة سيلان . وكثيراً ما ترى غدد ليمفاوية ملتهبة وبارزة بالجهة اليسرى أو اليمنى من أسفل العانة نتيجة الالتهاب الزهري السريع الذى يحدث في مثل هذه الأصابات .

ويعمل بعضهم سرعة انتشار المرض في هذا النوع وسرعة انتقال المريض من دور القرحة الاولى لدور تعميم العدوى بقولهم انه ربما تتمكن الميكروبات الزهرية بسهولة من الوصول للدورة الدموية لوجود القرحة الاولى على سطح مخاطى كمجرى البول يمتص هذه الميكروبات بكمية أكبر من امتصاصها داخل السطوح الجلدية .

وهذا الشانكر من أخطر الأنواع ان لم يكن أخطرها . أولاً لأن المريض يصل لدور تعميم العدوى بسرعة أكثر منها في باقي الأنواع . ثانياً لانه يحدث ضيقاً شديداً أحياناً في الصماخ - فتحة مجرى البول الامامية - ينتج منه أضرار شتى للمريض كما سيبنىء الكلام عند شرح الأمراض السيلانية . ثالثاً وقوف هذا الشانكر عثرة في

سبيل علاج المريض من مرض السيلان الحاد اذا أصيب به المريض صدقة مع مرض الزهري ، أو في ظرف يومين أو ثلاثة قبل ظهور القرحة الزهرية . رابعا تأثيره على الصحة العمومية اذ كثيراً ما يحصبه ارتفاع في درجة الحرارة ووجع وآلام في الرأس وألم شديد عند التبول أو عند حصول انتصاب في القضيب .

تشخيص الشانكر

مما تقدم نرى الخلاف العظيم بين انواع القرحة الزهرية الاولى ولذا نفهم ان تشخيص الشانكر ليس بالأمر السهل في حالات كثيرة ، ولكن العلم توصل الآن لنقط معينة ثابتة توصل الأطباء لتشخيص الشانكر بدقة بحيث أصبح من المتعذر وقوع أطباء هذا العصر في غلطة هنتر حيث أخذ افرازاً سائلاً من صماخ قضيب (انتريور ميتص) وظن أنه أخذ ذلك الإفراز من حالة مريض بالسيلان والواقع أنه أخذ افرازاً كان ناتجاً على الأرجح من وجود النوع الأخير من الشانكر وهو شانكر مجرى البول ، وعلم القاري من وصف هذا الشانكر انه يكون مصحوباً بأفراز سائل مصلى أو دموى اللون وهذا هو الإفراز الذى ظنه هنتر افراز السيلان . والآن يمكن كل طبيب التمييز بين الافرازين بسهولة حتى من لونهما والتحقق يمكن الطبيب فحص كل افراز فحصاً ميكروسكوبياً لتشخيص ميكروب السيلان (جونوكوك) . والمشقة التى يلاقيها الطبيب عند التشخيص هى التمييز بين القرحة الزهرية الأولى وبين القرحة الرخوة (سوفت شانكر - اولصيرا موللا - اولكص مول) وقد بينا اوصاف القرحة الزهرية الاولى وسيأتى وصف القرحة الرخوة فى باب آخر .

وقد اعتاد البعض خطأ ان يهتم بالنقط الآتية فى تشخيص القرحة الزهرية الاولى وهى :

(١) يجب ان تظهر القرحة لتكون زهرية بعد مرور ٣ الى ٦ أسابيع من يوم العدوى

(٢) يجب ان تكون قرحة واحدة منفردة

(٣) يجب ان تكون قرحة صلبة أى بها تصلب فى أسفلها

(٤) يجب ان تكون الغدد الليمفاوية التى بقرنها كبيرة ومتصلبة عند اللمس .

وسنتكلم أولاً عن هذه النقاط ونرجع للتمييز بين القرحتين الزهرية والرخوة :-

(١) ظهر مما تقدم ان دور الحضانة يتغير كثيراً فالتعويل على تحديد المدة التي تنقضى من يوم التعرض للعدوى خطأ ظاهر خصوصاً اذا لاحظنا ان كثيراً من المرضى ينسبون دائماً ما يصيبهم من الأمراض لآخر امرأة كانت لهم معها علاقة تناسلية ، فاذا سألت مريضاً عن المدة التي مضت على الجماع حتى ظهرت عليه القرحة أجابك من أسبوع واحد وهو يقصد بذلك آخر جماع . وترى بعض المرضى مغرمين بنسبة كل ما يصيبهم من الأمراض لواحدة مخصوصة من النساء اللواتي عرفهن : فمثلاً زارنى مريض يعرف ثلاث نساء : اثنتان منهن راقصات فرنسيات بالمسارح والثالثة عاهر مصرية وكان دائماً ينسب ما يصيبه للثالثة وكان يعطى معلوماته عن أمراضه التناسلية ويقرر المدد التي تمضى على آخر زيارة للعاهر المصرية وذلك لاعتقاده نظافة الراقصتين ، حتى أسعده الحظ باكتشاف سر واحدة منهما وعلم أنها مريضة بالزهري والسيلان معاً . وزارنى مريض آخر متزوج وبه قرحة زهرية أولية وكان ينسب هذه القرحة لامرأة زارها مرة واحدة منذ ٧ شهور وأكد انه لم يزر غيرها وهو رجل متزوج ، ولكون دور الحضانة لا يكون عادة لمدة طويلة كهذه خطر لى ان الرجل صادق فى روايته الا ان نسبة العدوى لتلك المرأة ظلم فاحش ، وربما كانت زوجته هى التي نقلت اليه العدوى . واتأكدى من التشخيص بغض النظر عن روايته تركت مسألة مصدر عدواه بدون بحث آخر حتى زارتنى بعد ذلك سيدة مريضة بالزهري وبها قرحة زهرية من نوع الشانكر المتأكل المصاب بعدوى ثانوية صديدية وقد ظهر عليها طفح جلدى حليمى متفرح (بابيولوبوستيولار) وعلمت منها أنها زوجة المريض السابق الذكر ، ولم تكن تعلم أنها مريضة حتى لاحظت هذا الطفح مع ملاحظة بعض « اكلان خفيف من تحت خصوصاً عند الغسيل وبعدين صار حرقان » ، ومن تقدم المرض ظهر جيداً أنها كانت مريضة قبل زوجها وهى التي نقلت اليه العدوى بعكس ما كان يعتقد لسوء حظه . ومن هذا يظهر ان الاعتماد على المدة التي يذكرها المريض غلط . بل ننصح بعدم سؤال المرضى عن هذه المدة اللهم الا اذا كان المريض من الطبقة المتعلمة او اذا كان الطبيب ممن يحبون دراسة مرضاهم دراسة نفسية (بسيكولوجيا) ولا يعتمدون على معلوماتهم فى تشخيص المرض . وليتذكر القارىء ان القرحة الزهرية فى الزهري الخبيث تظهر

أحياناً بعد ٣ الى ٥ الى ١٠ أيام من التعرض للعدوى وأحياناً يتأخر ظهور القرحة
الزهرية العادية الى شهرين أو أكثر كما تقدم .

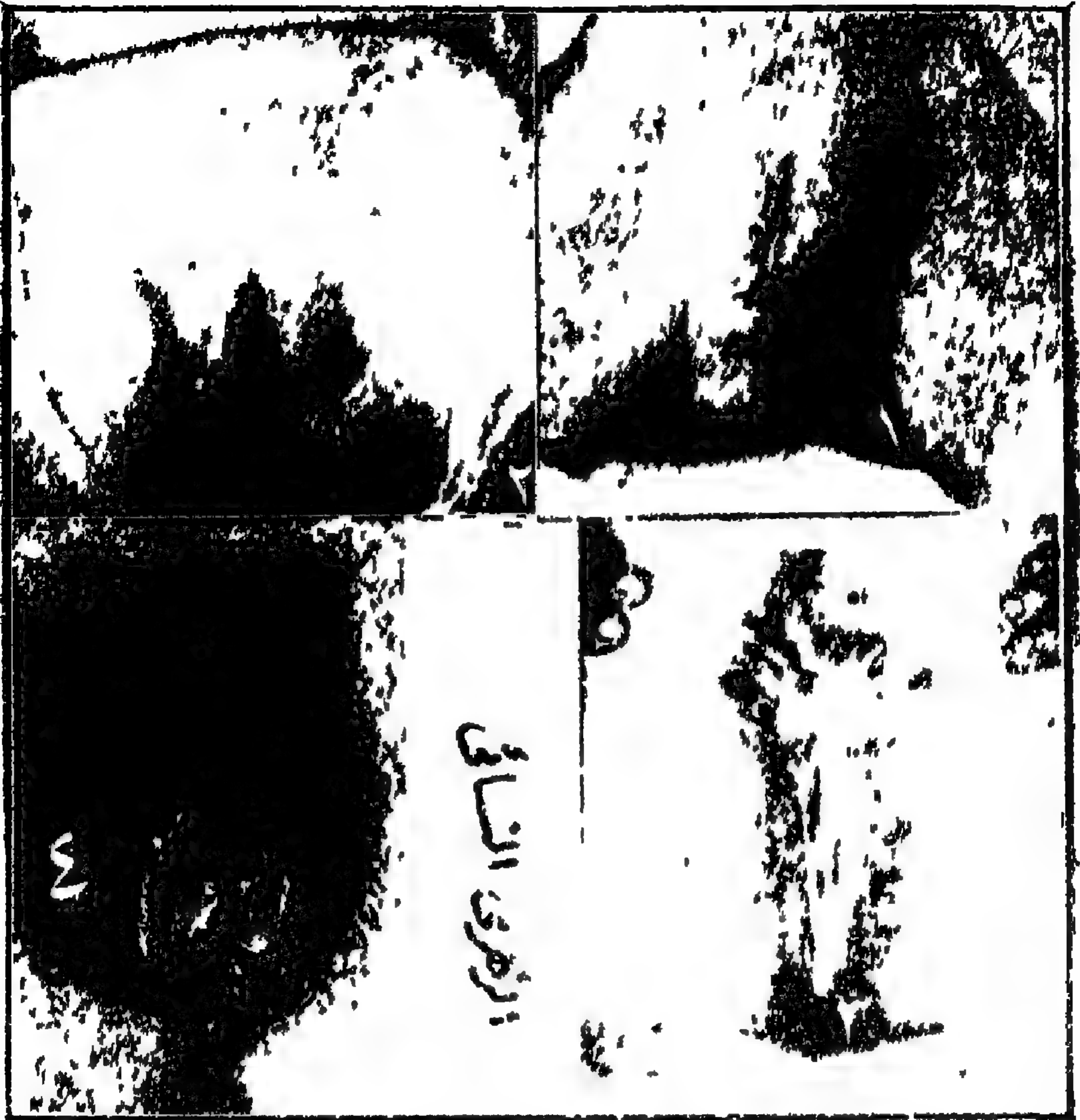
(٢) أما كون القرحة الزهرية الأولى يجب أن تكون قرحة واحدة فهذا
خطأ يقع فيه كثير من الأطباء خصوصاً غير الاختصاصيين منهم ممن درسوا الزهري
دراسة قديمة غير متبعين تقدم العلم واكتشافاته إذ أن أكثر من ربع القرح الزهرية
يظهر متعدداً كقرحتين أو ثلاث أو سبع قرح . نعم أن أكثرية قرح الزهري الغير
التناسلي (اكسترا جينيتال) تظهر كقرحة واحدة ولكن توجد استثناءات لذلك
وعند تشخيص أى حالة يكون الطبيب أمام حالة واحدة وليس أمام مئات من
المرضى ليعطى عنهم احصائية علمية .

وكثيراً ما تكون نفس القرحة الرخوة غير متعددة خصوصاً في أول ظهورها أو
إذا كانت من النوع المرتفع (أولكوس مول ايليثيم) حيث تكون واحدة وهي
القرحة التي يطلب من الطبيب أن يقول ان كانت قرحة رخوة أو قرحة زهرية .
وقد بينا في وصف أنواع الشانكر ان كثيراً من هذه الأنواع يظهر متعدداً وليس
كقرحة واحدة خصوصاً ما كان من نوع الزهري التناسلي وهو النوع الأكثر
انتشاراً في مصر ولذا فانا ننصح بعدم التعويل على هذا القول ايضاً بل يجب الاهتمام
بفحص نفس القرحة من حيث شكلها ولونها وامتدادها وعمرها . . . الخ من مميزات
القرحة جليداً ، مع العناية بفحص نوع الميكروب ايضاً .

(٣) وأما ان القرحة الزهرية الأولى يجب أن تكون صلبة (اينديوريتد)
فقد بينا أولاً في وصف الشانكر انه يكون عادة متصلباً . ولكن من المفهوم
باتولوجياً ان التصلب (اينديوريشن) لحد محدود هو من ادوار الشفاء في عملية
الالتهاب واننا اذا نصحنا المرضى باستشارة الأطباء حالاً عند ما يلاحظون
ظهور أول حبة أو أصغر شكل من أشكال الشانكر - وهذا واجب عليهم إذ
يمكن عندئذ معالجة المرض جيداً - فانا لا نتوقع وقتئذ أن تكون عملية الالتهاب
الزهري قد تقدمت في تطوراتها حتى يكون التصلب ظاهراً محسوساً بل عندئذ يكون
التصلب بسيطاً جداً أو غير محسوس . وقد تكون القرحة زهرية وليس بها

تصلب ما كما سبق في وصف الشانكر . وقد تظهر القرحة الزهرية كحليبات صغيرة (بابل سيفيلتيك) وتختفي قبل حصول التصلب الا اننا يجب أن نذكر ان التصلب يكون محسوساً جداً عند ما يكبر الشانكر ويبتدىء المرض في دخول دور تعميم العدوى . ولذلك يجب عند فحص الشانكر أن يفحص جيداً لوجود تصلب به ولكن الطبيب لا يبحث عن وجود التصلب أو عدمه ليقرر من ذلك كون القرحة زهرية أو لا . بل يبحث عنه مع ملاحظة شكل القرحة وموقعها ايضاً إذ أن بعض القرح التي تكون داخل المهبل عند النساء وهي نادرة تكون رخوة مثلاً . وليتذكر ما سبق وقد منا عند ذكر أنواع الشانكر .

(٤) أما عن كبر حجم الغدد الليمفاوية المجاورة للشانكر وتصلبها فقد سبق وذكر ان الغدد الليمفاوية المجاورة للشانكر تكبر أحياناً في بعض الأنواع ولكنها في أخطر نوع من الشانكر (الشانكر المتأكل) تكبر قليلاً وتكون متصلة جداً . وأما في الشانكر المتقروح فانها تكبر ايضاً ولكنها تكون أحياناً رخوة . وليلاحظ القارئ انه في أكثر الأمراض التناسلية الأخرى تكبر الغدد الليمفاوية التي في منطقة المرض ففي السيلان مثلاً تكبر الغدد الليمفاوية المجاورة للقضيب . نعم انها لا تكون متصلة كتصلبها في الزهري ولكن التمييز بين درجتى التصلب غير ميسور الا لخبرة الاخصائيين . وكما قلنا في البند السابق عن تصلب الشانكر نقول هنا ايضاً عن تصلب الغدد الليمفاوية فانها لا تصل الى الدرجة التي يتطلبها البعض من التصلب الا عند دخول المرض في دور تعميم العدوى . وهذه علامة لا نخدمنا قط اذا أردنا تشخيص القرحة عند ظهورها خصوصاً اذا لاحظنا انه في أكثر من ٧ في المائة من الحالات لا يوجد أى تغيير محسوس في الغدد الليمفاوية المجاورة .



(رسم نمرة ١٥) (١) شانكر على الشفرة اليسرى للفرج (لايساماجورا)
 مصحوب بضخم صلب أى اودىما (ايدىما اينديوراتيفا) وهذا التضخم يظهر فى اكثر
 حالات الزهرى عند النساء لما يكون على الفرج وهو يميز لهذا النوع من الشانكر . وترى
 بضعة حلقات صغيرة حول هذا التضخم . (٢) شانكر على شفرتى الفرج مصحوب
 أيضاً بذلك التضخم المميز للفرج النسائية . (٣) تقرحات زهرية ثانوية على الفرج
 والنرج يسمونها (كونديلوماتالاتا) تكون بارزة عن سطح الجلد قليلا وتكون رطبة
 ناعمة مكشوفة سطحها كالقطيفة لبس عليها افرازات صديدية اللهم إلا إذا اصبحت
 بعدوى ثانوية صديدية . (٤) شانكر متفرح على شفرتى الفرج وترى نتيجة ذلك
 التفرح السريع من تأبره على الشفرتين وذهاب جزء عظيم منهما . وقد حصل هذا التفرح
 بسرعة غريبة حتى يمكن اعتبار الحالة من نوع الزهرى الخبيث (سيفلبس مالىجنا)

والآن نظن اننا شرحنا للقارىء النقط السابقة شرحاً كافياً ومن هذا الشرح ومما سبق يتمكن القارىء من تقدير كل علامة من هذه العلامات عند تشخيص القرحة وتكلم الآن على وصف الشانكر العام بنض النظر عن الصفات المميزة لكل نوع :-

وصف عام للشانكر

يبتدىء الشانكر عند ظهوره كحبة صغيرة (بايول) بقدر نصف رأس (الدبوس) الصغير وتكبر شيئاً فشيئاً حتى تصل الى حجم (حبة البن) وتكون هذه الحبة غير مرتفعة عن سطح الجلد إلا قليلاً ويكون سطحها أحمر اللون أو لونها (بنى) وتكون بها لمعة مخصوصة وأحياناً يظهر بها تقرح بسيط

وكثير من مؤلفات الباتولوجيا ينسب التقرح الذى يصيب الشانكر لتأثير الالتهاب الزهرى والواقع انه يحوز نسبة التقرح الموحود فى حالات قليلة لتأثير الزهرى وحده وفى باقى الحالات اى فى اكثرها يكون التقرح الموجود بالشانكر ناتجاً عن واحد من ثلاثة اسباب (١) (اولا) عن اصابة بمحادة (تروماتك) كجرح الشانكر او سلخه او حداث البشرة او استعمال مواد كيمياوية لعلاجها تؤذى سطحه فيحصل فيه تأكل او تقرح .

(وثانيا) عن عدوى ثانوية (ساكندارى اينفكشن) ببعض الميكروبات الصديدية (بيوجينيك)

(وثالثا) عن عدوى مزدوجة بميكروبات الزهرى وميكروبات القرحة الرخوة

ويرى البروفيسور البرت جيزيونيك (٢) ان لا تأثير للزهرى نفسه على التقرحات التى توجد بالقرحة الاولى التى اذا كانت لس بها عدوى ثانوية فتشفى ولا تترك أثراً بعدها

وغنى عن البيان انه يمكن حصول اى عدوى ثانوية للقرحة الزهرية فتتبع مثلاً قرحة زهرية متأكلة متقرحة جداً او ما يسمونها قرحة فاجيدينية (او لكوس فاجيدينيكوم) . او تنتج قرحة زهرية غلغمونية او ما يسمونها (اولكوس حار ينوسم) او تنتج قرحة زهرية دفتيرية او ما يسمونها (ديفتيرييك شانكر) ويمكن تشخيص كل قرحة من هذه بشكلها وبفحص عينه مأخوذة من سطحها تظهر فيها الميكروبات الخاصة بها، وخصوصاً ونوع القرحة الزهرية المصابة بقرحة رخوة (٣)

(١) بوشكه

Biologie der Gesunden und Kranken Haut,

(٢)

von Prof. Dr. Albert Jesionek; Leipzig 1911

(٣) راجع (باب القرحة الرخوة) المذكور بعدئذ

وأحياناً يصاب سطح الشانكر بتأكل بسيط ينتشر حتى يكبر فيصير بحجم (الترمسة) وأحياناً يتقرح سطح الشانكر ويمتد التقرح ويكبر حتى يصل لحجم قطعة الخمسة ملليمات أو الخمسة قروش .

أما حافة الشانكر فتكون منتظمة في شكلها وتكون غالباً بشكل دائرة وأحياناً تحيط بها دائرة صغيرة من الالتهاب وكثيراً لا توجد هذه الدائرة . وتكون حافة الشانكر المحيطة به مرتفعة قليلاً عن سطح الجلد وأحياناً تكون في استواء سطح الشانكر وتكون حافة غير محفور تحتها (نوت انديرميند)

وأما سطح الشانكر فيكون أحمر نظيفاً في أكثر الأحوال التي ليس بها عدوى ثانوية ويكون ناعماً لامعاً ليس به صديد وليس منسجماً بافرازات الالتهابات المختلفة وأحياناً يظهر كسطح أحمر تحيط به دائرة لونها وردي خفيف أو أبيض من تكون حلقة ليفية حوله

وعند ظهور الشانكر لا تكون الغدد الليمفاوية محسوسة أو متصلة وتبتدىء الغدد تكبر وتتصلب فبعد مرور أسبوع مثلاً في الحالات الاعتيادية تصبح الغدد ملهوسة ومتصلة نوعاً ويزداد تصلبها كلما تقدم المرض حتى تصبح في أشد حالاتها من التصلب عند دخول المرض في دور تعميم العدوى

ولذا يجب ملاحظة ذلك عند التشخيص وتقدير عمر الشانكر من شكله الظاهري وتطبيق عمر الشانكر على حالة الغدد الليمفاوية وتقدم الورم والتصلب بها

هذا وصف اجمالى للشانكر ^(١) الاعتيادى وقد علم القارىء أشكال الشانكر الاخرى ولذا نرى أن نبين الآن الفرق بين الشانكر أى القرحة الزهرية وبين القرحة الرخوة أى (سوفت شانكر أو الكوس مول)

(١) نستعمل اعتيادياً لفظة شانكر بمعنى (هارد شانكر) أى القرحة الزهرية وذلك للاختصار وقد أصبحت الآن اللفظة التي تؤدي هذا المعنى ولو أن (القرحة الرخوة) شانكر أيضاً ولكن يجب ذكر (سوفت شانكر) لتمييزها .

القرحة الزهرية

الشانكر

(١) دور الحضانة يكون عادة من ٣ الى ٦ أسابيع

(٢) يظهر الشانكر كقرحة واحدة وإذا ظهر كقرح متعددة فتكون قليلة العدد وتظهر عادة في وقت واحد الا في بعض الحالات

(٣) يظهر الشانكر كقرحة في ارتفاع سطح الجلد وأحياناً تكون مرتفعة قليلاً جداً عن سطح الجلد

(٤) تكون حافة القرحة مرتفعة قليلاً عن سطح الجلد وأحياناً تظهر كأنها في نفس سطح الجلد ولا تكون هذه الحافة محفورة من تحت (نوت اندير ميند)

القرحة السرفوية^(١)

سوفت شانكر

(١) دور الحضانة يكون عادة قصيراً جداً اذ تظهر القرحة بعد مرور ٢٤ الى ٤٨ ساعة تقريباً بشكل حبة صغيرة متقبة وتكبر وتصير قرحة في ثلاثة الى سبعة أيام تقريباً

(٢) تظهر القرحة الرخوة متعددة غالباً ويكون عدد القرح كبيراً. وتظهر متتابعة لأن الجلد يصاب بالعدوى بسرعة من نفس القرح الموجودة وقليل لما تظهر القرحة الرخوة كقرحة واحدة وربما لا يحصل ذلك الا عند مريض يسلم نفسه للعلاج بسرعة فيقف العلاج في طريق نمو القرح الجديدة بالتلقيح

(٣) تظهر القرحة الرخوة كقرحة نازلة قليلاً عن سطح الجلد وأحياناً تكون كحفرة صغيرة داخل الجلد

(٤) تكون حافة القرحة مرتفعة قليلاً عن سطح القرحة نفسه ويكون الجزء الذي تحتها محفوراً (أندير ميند)

(١) قبل مطالعة هذه المقارنة بين القرحتين الزهرية والرخوة تنصح القارئ أن يطالع باب (القرحة الرخوة) المذكور بعدئذ

(٥) يكون سطح القرحة مستويًا
إلامعًا نظيفًا

(٦) يكون سطح القرحة جافًا أو
ناشفًا أو به افراز دموي أو مصلي دموي

(٧) يشعر الطبيب بتصلب
(انديوريشن) ولو قليل جدًا عند فحص القرحة
بين أصبعيه وهذا في أغلب الأحيان

(٨) يظهر أحيانًا عقب ظهور
الشانكر ورم في منطقة الغدد الليمفاوية
المجاورة وهذا الورم (يويو) ورم هادئ
بدون ألم وليس به التهاب حاد (ايندولينت
يويو). ويكون بجهة واحدة أو على
الجانب الأيمن والأيسر للجسم معًا

(٩) الافرازات التي على القرحة
لا يتلقح منها المريض مرة ثانية غالبًا
وأحيانًا يتلقح منها المريض في ظرف
بضعة الأيام الاولى وبعد ذلك لا يتلقح
بيها (البروفيسور ماكس جوزيف)

(١٠) يظهر الشانكر كحبة تتأكل
أو تتقرح بعد ظهورها ببعض الوقت . ولما
يبتدىء الشانكر في الشفاء يشفى تدريجيًا
من جميع أطرافه على السواء .

(٥) يكون سطح القرحة غير منتظم
به ارتفاعات وانخفاضات متناكلاً غير لامع

(٦) يكون سطح القرحة مغطى
بافراز صديدي

(٧) يكون أسفل القرحة رخوًا
طريًا اللهم إلا في بعض مناطق الجسم حيث
يشعر الطبيب بشيء متصلب في أسفل القرحة

(٨) لا يحصل تضخم في الغدد
الليمفاوية المجاورة دائمًا وأحيانًا يظهر ورم
(يويو) ولكنه ورم مصحوب ببعض
الألم به التهاب حاد يصعبه ارتفاع في
درجة الحرارة ، ويكون بالجانب الأيمن
أو الأيسر فقط ، إلا إذا تعددت القرحة
على الجانبين فانه يكون بالجانبين

(٩) تلقح الافرازات التي على
القرحة المريض في أماكن متعددة وفي
كل وقت يمكن أن تظهر قرح رخوة
جديدة ناتجة عن عدوى من افرازات
القرحة الاولى

(١٠) تظهر القرحة الرخوة كقرحة
من أول الامر ولما يبتدىء الشفاء يبتدىء
من طرف واحد ويمتد التقرح من الطرف
الآخر .

<p>(١١) بفحص عينة من القرحة الرخوة ترى ميكروبات (ستريبتو باسيل دوكريه) - راجع باب (القرحة الرخوة)</p>	<p>(١١) بفحص عينة من الشانكر ترى في أغلب الاحيان سيروشيتا باليدا ويمكن تشخيصها بواسطة طريقة جيمسا أو بواسطة طريقة (دارك فيلد) - راجع باب سيروشيتا باليدا .</p>
<p>(١٢) اذا عملت (ع . ف) (١) فتكون النتيجة - سلبية غالباً</p>	<p>(١٢) اذا عملت (ع . ف) (١) عد مرور الزمن اللائق أى ٤ الى ٦ اسابيع مثلا فتكون النتيجة + ايجابية غالباً</p>
<p>(١٣) عند ما يتم شفاء القرحة الرخوة تترك عادة أثراً موضعياً قد يمكن بعدها ملاحظة حتى بعد مرور سنين عديدة</p>	<p>(١٣) عند ما يتم شفاء الشانكر لا يترك أثراً يذكر مكانه (إذا بدىء العلاج قبل أن يتسخ الشانكر ويصاب بأى نوع من العدوى الثانوية)</p>

نصح القارىء بمطالعة القرحة الرخوة فى الأبواب الآتية بالكتاب ونصحه
بمراجعة قراءة هذه المقارنة عند قراءة أوصاف القرحة الرخوة وأوصاف الشانكر المختلفة
وللتمييز بين الشانكر والتهاب الحشفة المتأكل او الفنترينى (ايروسف اند
جانجر ينس بالانيتيس) : - يظهر التهاب الحشفة المذكور كقرح متعددة وينتشر
بسرعة هائلة فى بحر يوم أو يومين تظهر عدة قرح مؤلمة رائحتها كريهة بعكس الشانكر
الخالى من الألم والرائحة . وبفحص عينة ميكروسكوبياً تظهر كما قلنا سابقاً ميكروبات
متعددة فى التهاب الحشفة أهمها (سيروشيتا بالانيتيديتيس) وفى الشانكر تظهر
سيروشيتا باليدا

وبتعرض التهاب الحشفة لعلاج مطهر بسيط كفسيل بمحلول برمنجنات
البوتاسا أو بماء اوكسجينى يتم شفاؤها بسرعة عادة بعكس الشانكر .

(١) راجع قيمة عملية فازرمان (ع.ف.) فى التشخيص فى باب (عملية فازرمان) الآتى بعدئذ

وللتمييز بين الشانكر والخراج السباني (جونوكوكال ايسيس) يلاحظ أن هذا الخراج يظهر عادة عند النساء وأحياناً عند الرجال . ويكون متعدداً وصغيراً جداً ولا يتعدى حجم رأس الدبوس ويتقيح ويفتح ويختلط كل خراجين أو ثلاثة أو أكثر معاً وتظهر بعدئذ بضع قرح صغيرة ليس بها أوصاف الشانكر بل هي قرح صغيرة ملتهبة سطحها أصفر وسخ به صديد ويلاحظ أن المريض أو المريضة تكون عادة مصابة بالسيلان وللتمييز بين الشانكر والهريس التناسلي (هريس حينتاليس) يلاحظ أن الهريس يظهر أولاً كفقاقيع أو حويصلات (فيزيكلز) مملوءة بسائل رائق يتقلب الى سائل صديدي أحياناً وبعد ذلك تفتح هذه الحويصلات وتظهر كقرح صغيرة متعددة ، وأحياناً يكون كقرحة واحدة وهي القرحة التي تظهر في شكلها الخارجي كشانكر متأكل ويميزها عنه انها تكون مصحوبة بألم يكون شديداً أحياناً وخصوصاً عند الجماع مع أن الشانكر لا يصحبه ألم يذكر .

فابتداء الهريس كحويصلات ووجود الألم هما علامتان القويتان للتمييز (راجع باب الهريس التناسلي) .

وللتمييز بين الشانكر والقرح البسيطة الصميرية (بيوجينيك) أو القرحة الناتجة عن إصابة كندلخ وقت الجماع مع عدوى ثانوية أو كجرح من حادثة يعقبه اتساخ ميكروبات صديدية يلاحظ سطح هذه القرحة الذي يكون منسجماً عادة غير منتظم حوله دائرة من الالتهاب محمرة ويمكن بذلك الاستغناء عن فحص ميكروسكوبي ، ولو أن هذا الفحص أضمن خصوصاً لمن ليس عندهم خبرة اكلينيكية كافية .

ولسنا نظن اننا في حاجة للتمييز بين الشانكر والطفح الجلدي الذي يظهر في حالات الجرب اذ أن سير المرض وتقدمه وشكل الفقاقيع (فيزيكلز) ووجود الخطوط ذات اللون (الفاتح) الممتدة من هذه الفقاقيع على سطح الجلد حيث تكون اخترقت آفة الجرب (اكاروس سكابي) أو (ساركوبتيس هومينيس) سطح الجلد وعملت داخل هذه الخطوط التي لا تظهر جيداً الا في الجلد الابيض نفقاً تمر منه للداخل يترابي عند دخولها الجسم مرض الجرب ، فوجود هذه الخطوط يميز حالات الجرب



١٨٧٢ لريتز مشوره ١٩٠٦

رسم (١٦) صورة البحاتة «شودن» مكتشف «سيروشيا باليدا» (راجع صحيفة ١٧)

الذى مات فى سن الخامسة والتلاتين وقد رثاه زميله البحاتة هوفمان فى المجلة
الطبية الاسبوعية الالمانية :-

Deut. Med. Wochenschr. No 27. 5 Juli 1906, S. 1087—1088,

« مات شاباً فى خدمة الشباب والشيخوخة ، فليكن الشباب والشيخوخة ، وليكن مثالا
لجميع طلبة العلم وعشاق الخدمة العامة فى الشرق والغرب » ، دكتور فخرى

ويمكن أحيانا استخراج نفس هذه الحشرة (اكاروس سكابي) وفحصها ميكروسكوبيا، ووجود الطفح الجلدي الخاص بالجرب على باقى اجزاء الجسم خصوصا على الذراعين وحول القضيبي وبين اصابع الايدي لما يساعد على التشخيص، ومجرد عمل العلاج اللازم للجرب وما يعقبه من الشفاء التام من هذا المرض لما يثبت صحة التشخيص ايضا. والتميز بين *بلهارزيا القضيب* والشانكر بسيط جداً لا يحتاج لشرح وتنصح القارىء بمراجعة كتاب (الجراحة بمصر) للدكتور مادن لأنه كتاب قيم فى هذا الموضوع. وقصارى القول لتشخيص الشانكر من أى مرض آخر يجب ملاحظة أوصاف القرحة جلدياً من حيث ظهورها ولونها وحافتها وسطحها وصلابتها وما يحيط القرحة من الغدد ملتهبة ومتصلبة أو غير ملتهبة أو غير متصلبة ومن هذا يمكن تشخيص الشانكر والتحقق يمكن ويستحسن عمل عينة ميكروسكوبية لرؤيا « سبيروشيتا باليدا » .

والآن نظن اننا ذكرنا ما فيه الكفاية عن دور القرحة الزهرية .

ونتكلم عن الدور الثالث وهو دور تعميم العدوى :-

(٣) دور تعميم العدوى

يبتدىء هذا الدور عندما تنتشر الميكروبات فى كل أجزاء الجسم فتصبح عملية (ع.ف.) أى ايجابية عادة، ويستمر باستمرار نشاط المرض وفتكه بالجسم وينتهى عندما يقف نشاط المرض ويمتنع ظهور اعراض جديدة جلدية خارجية كانت أو داخلية امتناعاً باتاً. ويمكننا أن نعبر عن ذلك تعبيراً آخر بقولنا ينتهى هذا الدور بابتداء الدور الرابع وهو دور خمول المرض أى دور نوم الميكروبات أو اختفاء المرض اختفاء ظاهرياً.

وتكون (ع . ف) فى أكثر الحالات عند انتهاء هذا الدور سلبية .

ويستمر هذا الدور عادة من سنة ونصف الى سنتين ونصف أو ثلاث سنوات أو أكثر وتختلف مدة استمراره باختلاف طريقة العدوى ونوعها من شدة وضعف وطرق العلاج التى تتبع وطبعاً تبعاً لحالة المريض الصحية .

وبما ان العدوى تنتشر بعد ظهور الشانكر داخل الأوعية والغدد الليمفاوية وداخل الأوردة والشرايين فتظهر اعراض هذا الدور أولا بتورم بعض الأوعية والغدد الليمفاوية وبطفح على الجلد وتقرحات مختلفة داخل الفم وهكذا حتى تعم الجسم، فسنذكر للقارىء، شيئاً عن هذه الأعراض كمجموعات ونبتدىء بالكلام على :-

زهري الاوعية والغدد الليمفاوية

« سيفيليتيك ليفانجيتس اندليفادينيتس »

يبتدىء التهاب الاوعية الليمفاوية التهاباً زهرياً بعد ظهور الشانكر بيضعة أيام، وأحياناً بعد يوم واحد أو يومين أو أكثر، فتضخم قليلاً وأحياناً اذا انسدت وقفلت نتيجة الالتهاب تصير ملموسة كقطعة من (الدوبارة) أو الخيوط السمكة يشعر بها الطبيب أحياناً على ظهر القضيب . ويتسبب عن انسداد الأوعية الليمفاوية تورم في القضيب ، اوديميا : (ايديما) ويكثر حصول هذا التورم في الشانكر الذى يصيب قيد القضيب (فرينم) أو تاج الحشفة (كورونا جلانديس) ويكون عادة تورماً غير مصحوب بعلامات الالتهاب كالأحمرار والألم الموجودين في التورم الذى يصحب القرحة الرخوة مثلاً . وأحياناً يحصل تقرح في سطح الجلد نتيجة انسداد الأوعية الليمفاوية فتظهر قرح صغيرة وأحياناً مستطيلة الشكل بطول الأوعية التى حصل فيها الالتهاب، وأحياناً يظنها البعض انها قرح زهرية عائدة (ريكانت سيفيليتيك) وأحياناً ينتج عن هذا الانسداد تورم تام لجلد القضيب كله .

أما عن الغدد الليمفاوية ومايصبها في الزهري فهي تبتدىء تكبر عند ما تصلها العدوى التى تكون انتشرت من الشانكر على طول الأوعية الليمفاوية ويحصل ذلك بعد بضعة أيام ايضاً ، وربما لا يظهر تورم الغدد الليمفاوية لمدة اسبوع أو اسبوعين ، وعلى العموم لوحظ ان هذا التورم يتمشى خطوة بخطوة مع تصلب القرحة الزهرية أى انه اذا لوحظ تصلب بالشانكر فيلاحظ تصلب أو تورم وتصلب في الغدد المجاورة لمنطقة الشانكر .

وتكبر الغدد لحجم حبة (البن) أو (الحمصة) وأحيانا تصل الى حجم (ابو فروه) أو في بعض الحالات النادرة الى حجم البيضة . ومن مميزات هذا الالتهاب الزهري بالغدد الليمفاوية كونه مزمنًا خاليًا من جميع اعراض الالتهاب الحادة كاحمرار الجلد أو ارتفاع درجة الحرارة أو الألم وهذا ما استدعى تسمية هذا الورم بالورم الهادىء أو (ايندولينت يوبو)

واحسن وصف لصلابة الغدد الليمفاوية المتهبة بالزهري هو الوصف الذى وصفها به (فينجر) حيث قال « ان الورم بالغدد الليمفاوية الزهرية يكون مستديرًا ويقرب من مستدير ويشبه (المخذة الكاوتشوك المكبوسة بالهواء) فى صلابتها وتحركها » أى ان الغدد المتورمة بالزهري لا تكون ملتصقة بالجلد أو بما حولها بل تتحرك بين الأصابع عند فحصها



رسم نمرة (١٧) ورم هادىء (ايندولينت يوبو)
بالجانب الايمن للقضيب فى حذاء رباط بوبارت نتيجة ظهور شانكر على القضيب

وبعد ان تكبر المجموعة المجاورة للشانكر تنتشر العدوى الى مجموعة بعدها وهكذا حتى تعم العدوى مجموعات الغدد الليمفاوية كلها وعند ذلك يحصل التهاب غددى ليمفاوى عام (يونيفيرسال ليمفادينيتس) فمثلا فى الزهري التناسلى تكبر الغدد الليمفاوية الاربية (اينجوينال ليمفاتيك جلاندىز) أولا ويعقبها الغدد الليمفاوية الحرقفية (ايلياك)

فالعقد الابطية (اكزيلارى) فالعقد الساعدية (كيوييتال) ، فالعقد الفكىة (ما كزيلارى) وهكذا حتى تعم الجسم . ويمكننا ان نعتبر هذا التورم الهادى للعقد الليمفاوية عندما يكون عاماً فى كل مجموعات العقد بالجسم علامة من أحسن العلامات لتشخيص الزهرى .

وكما قلنا فى تشخيص الشانكر تكبر العقد الليمفاوية الاربية (اينجوينال) بعد ظهور الشانكر التناسلى ، وبفحص هذه المجموعة الاربية يشعر الطبيب ان ٧ أو ٨ أو ١٠ عقد تكون كبيرة الحجم وتكون منتشرة عادة تحت رباط بوبارت (بوبارتس ليجامنت) أو بجوار نصفه الاسفل ، وأحياناً يشعر الطبيب أن ٣ أو ٤ عقد من العقد العميقة أى العقد البعيدة عن الجلد تكون متضخمة ومتصلبة ويكثر ذلك عند السيدات خصوصاً فى حالات الشانكر الذى يظهر على عنق الرحم ، وهذا ما يستدعى فحص العقد الاربية جيداً عند النساء فى الحالات الزهرية المشكوك فيها . واذكر هنا حالة ربما تفيد القارىء كثيراً فى تشخيص الزهرى عند النساء .

سيدة ز . م . استدعتنى بواسطة طبيب باطنى لعمل استشارة طبية (كونيصلتشن) مع طبيب ثالث اختصاصى فى الامراض التناسلية . شخصها الطبيب الاول كحالة فقر دم (انيميا) ، وشخصها الثالث كحالة التهاب مهلى بسيط لوجود افراز أصفر غير صديدى بالمهبل ووافق على وجود الانيميا ، وعالجها الاول عشرين يوماً من فقر الدم فتحسنت كثيراً ، وعالجها الثالث بأن أعطاها بعد أول فحص غسلاً مطهراً للمهبل استعملته ١٥ يوماً ولم تتحسن بل كانت تشعر « بحرقان خفيف مع نحت خصوصاً عند الغسيل » ولذا طلبت عمل الاستشارة الطبية . ففحصتها من الخارج أولاً ووجدت عندها مجموعة العقد الأربية العميقة متضخمة بقدر حبة (الفاصوليا) الصغيرة ومتصلبة ووجدت ٣ عقد سطحية كبيرة تحت رباط بوبارت ، وفحصتها من داخل المهبل بالمنظار فوجدت افرازاً مصلياً دمويّاً بالمهبل خصوصاً حول عنق الرحم فاستلفت نظرى هذا الإفراز وتورم العقد الأربية بهذا الشكل وصرت أبحث عن قرحة زهرية فلم أعر بها ولكنى كنت متأكداً من وجودها بغض النظر عن عدم تمكنى من رؤيتها ، وأخيراً أرسلت أشعة النور داخل المهبل بواسطة المنظار الكهربائى فوجدت قرحة مستديرة على الحائط

الخارجى الأيمن لعنق الرحم وكانت من النوع المتآكل ولذا تعذرت رؤيتها بالنور العادى . وبأخذ عينة منها وجدت بها سيروشيتا باليدا، وبفحص الافراز المصلى الدموى لم نجد به غير الميكروبات الطبيعية التى تكون بالمهبل عادة وذلك يبين انه افراز ناتج عن تهيج المهبل بوجود الشانكر على عنق الرحم . فشخصنا «زهرى على عنق الرحم» ، فرفضت السيدة العلاج . ورجعت بعد ٤٥ يوماً وعليها طفح جلدى زهرى وبفحص الدم وجدت (ع . ف) +++ وعالجت السيدة من مرض الزهرى الذى قبلت الاعتراف بوجوده عندها . من هذا يرى القارىء ان الغدد الليمفاوية كثيراً ما تقود الطبيب للتشخيص الصواب خصوصاً فى حالات السيدات .

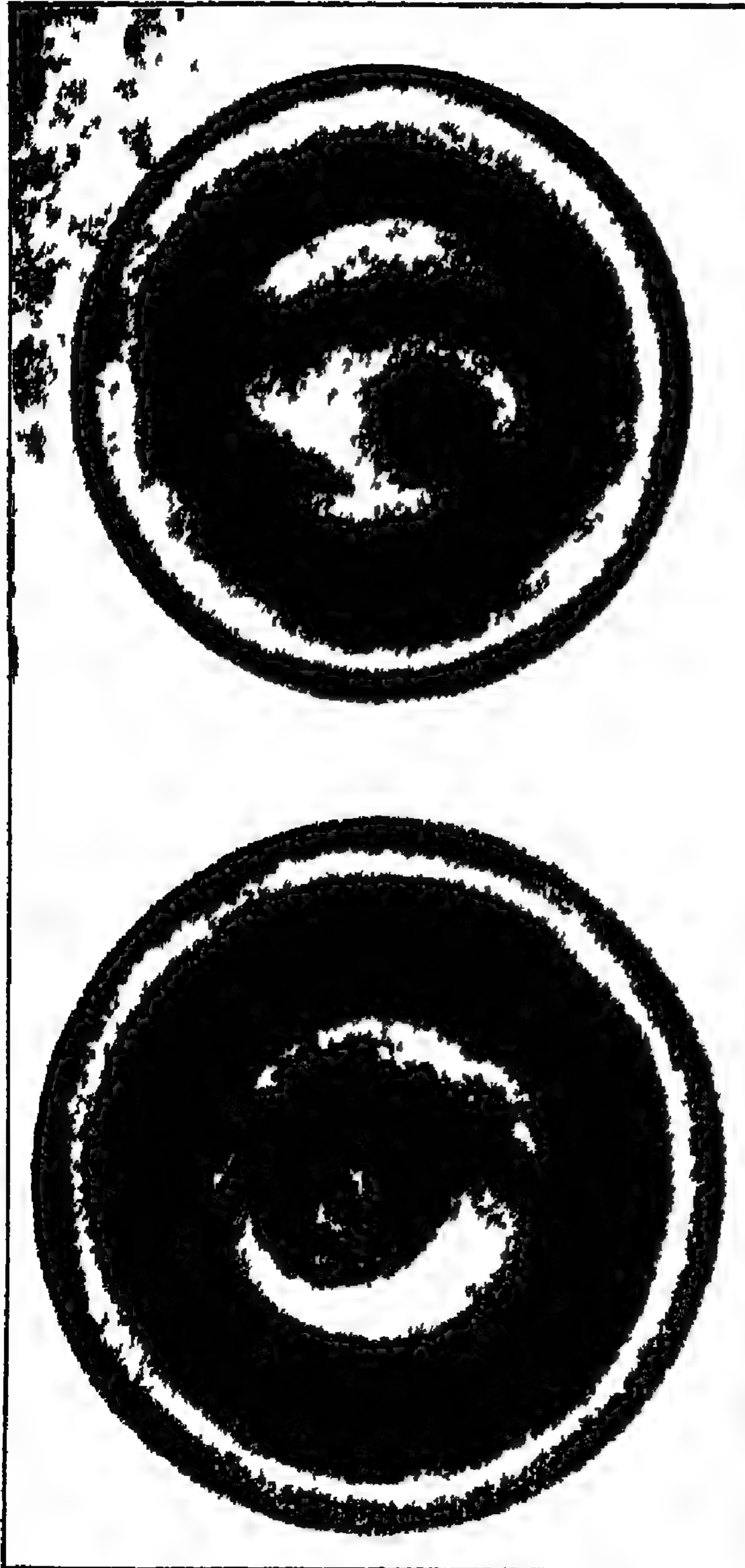
(راجع أيضاً الحالتين الخاصتين بعنق الرحم فى الرسم نمرة « ١٨ » صحيفة ٧١)
وكما ان الغدد الأربية تكبر قبل غيرها فى الشانكر التناسلى فكذلك تكبر غدد كل مجموعة قبل غيرها حسب وقوعها فى نقطة تقرب من موضع القرحة الاولى أكثر من غيرها من المجموعات الاخرى . فمثلاً تكبر الغدد الفكىة (ما كزىلارى) والغدد تحت الفكىة (صب ما كزىلارى) والتى أمام الأذن (برى اورىكيولار) فى حالات الشانكر الذى يظهر على الشفتين قبل غيرها .

وتكبر المجموعة العنقية (سيرفيكال) وبضعة الغدد الصغيرة التى فوق الترقوة (سوپرا كلافيكىل) فى حالات الشانكر الذى على الوجه أو على الخدين أو الذقن مثلاً .

ومن أغرب ما يحدث فى تضخم الغدد الليمفاوية ما يحدث فى ظهور التضخم فى الغدد الساعدية (كيوبيتال) إذ انه لوحظ ان بعد ظهور الشانكر على أصابع الأيدي مثلاً تكبر الغدد الابطية (اكزىلارى) قبل ان يظهر أى تضخم ولو بسيط جداً فى الغدد الساعدية مع أنها أقرب لأصابع اليد من الغدد الابطية . ولكن يحدث أحياناً ان تكبر الغدد الساعدية فى نفس الوقت مع الغدد الابطية ويكون حجمها كحجم حبة (البن) أو يصل لحجم المليم .

وللاحظ القارىء أننا لا يمكننا بفحصنا باليد (باليشن) ان نلمس الا الغدد السطحية او العميقة نوعاً ولكن الغدد الداخلية بعيدة عن الفحص بأيدينا ولو أننا نعلم

جيداً انها تكبر وأحياناً يصير حجمها ضخماً وتصل الى حجم القرش الصاغ أو قطعة الخمسة القروش ، ونذكر هنا نوعين مهمين تاركين باقي الانواع ليطلع عليها القارىء في مؤلفات الباتولوجيا التشريحية المفصلة -



الى اليمين : قرحة على عنق الرحم مع تضخم العنق نفسه . الى الشمال : قرحة دهريّة على عنق الرحم مع تضخم الشفة العليا ومع تضخم لى المدد الأخرى (وسنشرح الحالات التي تشبه هذه الاصابات بعدئذ) «مراسيك» .

رسم نمرة (١٨) زهري عنق الرحم عند النساء

فمثلا تكبير الغدد الحرقفية (ايلياك) ، وغدد القسم الخشلى (هاييوجاسترك) ، وغدد العظم العجزى (سيكرال) فى حالات شانكر المهيل النادرة ، وتكبير الغدد القصية (ستيرنال) فى حالات شانكر حمة الثدي (ماما) .

وأحيانا ونادراً تكبير الغدد الليمفاوية فى حالات الزهرى على جانب واحد من الجسم ولكنها فى اكثر الحالات تكبير على جانبي الجسم . وهذا ما يميز الورم (يوبو) الذى يظهر فى حالات الزهرى عن الورم الذى يظهر فى حالات القرحة الرخوة بجهة واحدة من جهات الجسم ويكون مصحوباً بألم واحمرار فى الجلد الذى فوقه وارتفاع فى درجة الحرارة وينتهى بتقيح صديدى (پص فورميشن) ، بعكس ورم الغدد الزهرى الذى يكون صلباً وغير مؤلم وليس به علامة واحدة من علامات الالتهاب الحاد . وربما يحصل تقيح صديدى فى بعض الأحيان فى الغدد الليمفاوية من الزهرى ، ولكن هذا التقيح لا يكون مصحوباً بالتهاب حاد بل يكون نتيجة انحباس الدم عن تغذية هذه الغدد فتموت الخلايا التى يتركب منها ما بداخل الغدد فتتقيح بدون وجود ميكروبات ^(١) . ونسبة حصول هذا التقيح (پص فورميشن) عند النساء هى ٢٠ و ١ فى المائة فقط ^(٢) . وربما يحصل هذا التقيح من وجود ميكروبات اخرى بالغدد الليمفاوية ^(٣) يتسبب عنها عدوى ثانوية للعدوى الاولى بالزهرى . وأحيانا يكون تضخم الغدد الليمفاوية فى الزهرى مصحوباً بآلام شديدة ^(٤) .

واذا كانت الغدد الكبيرة نفيدنا فى تشخيص اكثر حالات الزهرى فانها كثيراً ما تكون العلامة الوحيدة التى نشخص بها الزهرى فى حالات الشانكر المحتفى تحت ورم القلفة (فيموزيس) . وفى هذه الحالة يقف الورم فى طريق رؤيا القرحة الزهرية التى تحته . وربما لا يستحسن المريض او لآى سبب آخر نرى ان لا نعمل عملية شق هذا الورم بالمشروط ، وهصلحة المريض تقتضى تشخيص حاله جيداً ولا يمكننا ان نتظر مرور الزمن اللائق اى ٣ الى ٦ أسابيع مثلاً لعمل (ع . ف .) لان هذا يضع وقتاً ثميناً للمريض وقد يدخله فى دور تعميم العدوى بدون ذنب له غير عجزنا عن رؤية

الشانكر. ولكن وجود الغدد الليمفاوية المتضخمة في المنطقة القريبة من القضيب وفي المناطق الاخرى يساعدنا على تشخيص الزهري حالا والابتداء في العلاج في الوقت المناسب (راجع الرسم نمرة ١٩ صحيفه ٧٤).

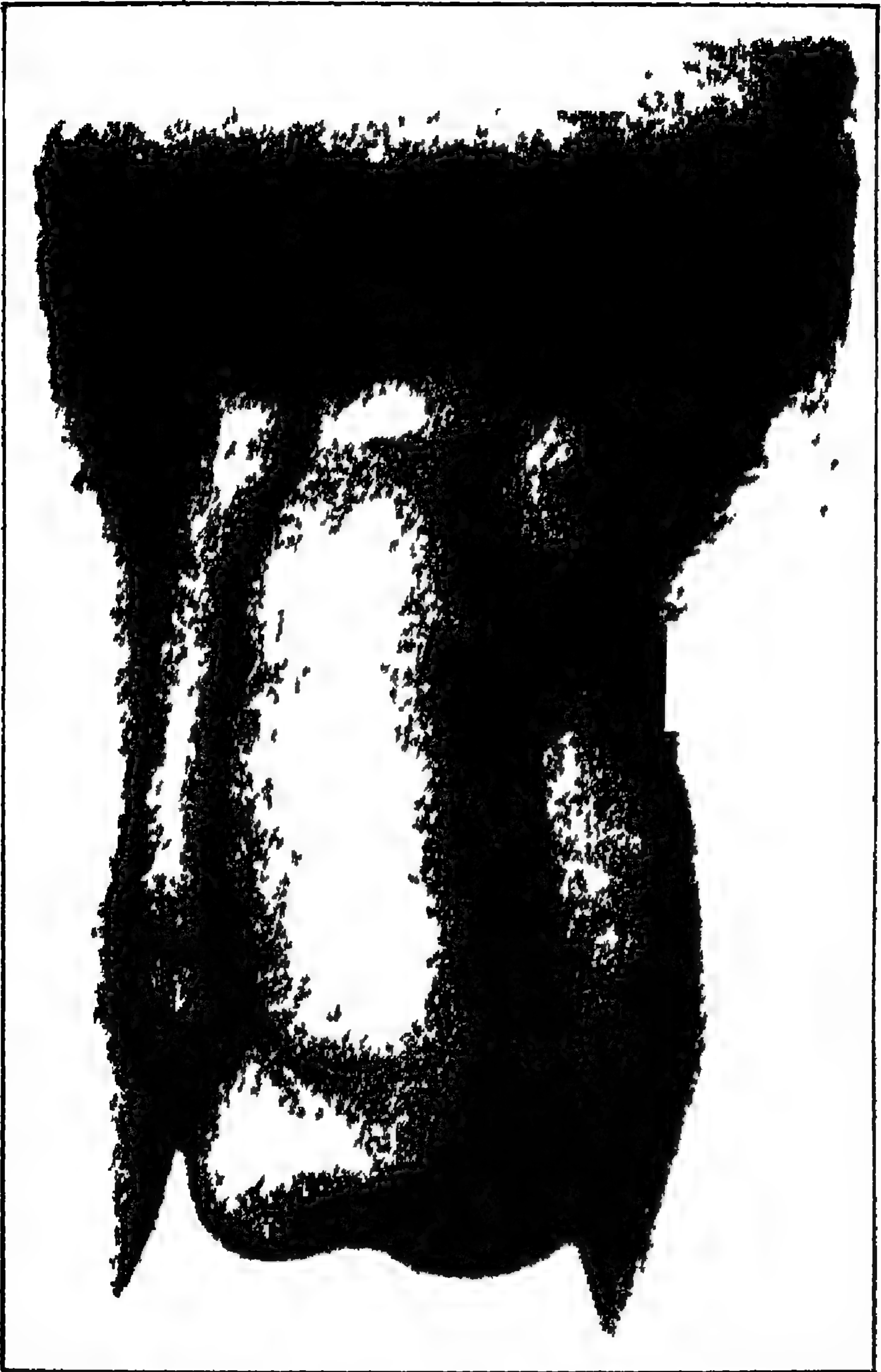
وكثيراً ، اتساعدنا الغدد الكبيرة المتصلة المنتشرة في الجسم على تشخيص حالات من الزهري حتى بعد اختفاء الشانكر وعدم وجود اعراض اخرى غيرها اذ لاحظ (بيرج) ان الغدد الليمفاوية الزهرية تستمر كبيرة تلمس عند جسها لمدة تتراوح بين اربعة شهور و ٦ شهور بدون ان يحصل في حجمها اى تغير محسوس .

والآن بعد أن ذكرنا اهم النقط الاكلينيكية لتضخم الغدد الليمفاوية في الزهري نستحسن ان نذكر شيئاً قليلاً عن وجود سبيروشيتا باليدا في هذه الغدد . وقد اكد (بوم) وجود هذا الميكروب في هذه الغدد بأن استخرج غدتين من مريض بالزهري بواسطة عملية صغيرة . وبعد ان نظف الغدتين من كل القطع الصغيرة الخارجة عن جسم الغدتين شقهما بالشرط كما يشق الانسان الليمونة وضغط على السطح المكشوف لكل غدة فخرج عصير لبنى اللون فأخذه ولقح به متطوعاً فظهرت عليه بعد مرور دور الحضانة قرحة بها جميع مميزات الشانكر .

ووجد (شودن) و (هوفمان) سبيروشيتا في سائل استخرجاه بواسطة ادخال ابرة الحقنة (سيرينج) في غدة متضخمة بالزهري . وقد فحص هوفمان غدة فحصاً ميكروسكوبياً هيستولوجياً فوجد سبيروشيتا باليدا في وسط الاغشية الموصلة وفي حائط الأوعية الليمفاوية وداخل الأوعية الليمفاوية .

وقد لقح (فينجر) بعض القردة بقطع من غدد انسان مصاب بالزهري فظهر شانكر محل التلقيح .

وقد اهتم هوفمان بمسألة تشخيص الزهري بواسطة استخراج سائل ليمفاوى من الغدد وفحصه ميكروسكوبياً حيث يمكن رؤيا سبيروشيتا به خصوصاً في الدور الرابع أى دور خمول المرض حيث لا توجد اعراض خارجية أو داخلية وحيث لا يفيدنا فحص الدم بواسطة (ع . ف .) التى تكون في اكثر الاحوال سلبية . وقد اهتم (بوشكه)



رسم نمرة (١٩) سانكر محف تحت ورم القلفة

مصحوب «ناورينا متصلة رهرة» Oedema Indurativum Syphiliticum «متشرة على كل
القصب والصعن ايما (مراسيك)

بهذه الملاحظة واستخرج سائلا ليمفاوياً دمويًا من طفل ورث الزهري عن أمه التي لم يكن عليها اعراض قط فوجد سيروتيتا باليدا.

ومما تقدم يرى القارىء اهتمام العلم بالعدد الليمفاوية في تشخيص الزهري اكلينيكيًا وميكروسكوبيًا

ونصح القارىء بمراجعة التعيرات الصغيرة الدقيقة (هيستولوجيا) في الغدد الليمفاوية عندما تصاب بالزهري في مؤلفات الباتولوجيا المطولة وأهمها مؤلفات العلماء هوفمان ونويمان وريدر وايرمان وبوتسكه اذ يطلع هناك على الخلاف الذى وقع بينهم.

الاعراض المنزلة

برودرومال سيمبتومز

قد بينا أن القرحة الزهرية هي أول علامة تظهر في مرض الزهري ويعقبها ما يظهر من الاعراض على الأوعية والعدد الليمفاوية وبعد ذلك تقضى مدة قصيرة أو طويلة^(١) حتى تظهر الاعراض الجلدية وهي اعراض تميز دور تعميم العدوى ولكن هذه المدة لا تمر بدون ظهور بعض اعراض بسيطة تسمى بالاعراض المنزلة (برودرومال سيمبتومز) أى الأعراض التى تعطى الانذار أو الاعراض التى تؤدى وظيفة (الكشف) فتخبرنا مقدماً بزيارة اعراض الزهري المعتادة من طفح حلقى الى قرح بالفم والحلق... الخ. ونفهم من ذلك أن الجسم ابتداءً يمتلئ بسُموم الميكروبات الزهرية ومن هذا تتسبب اعراض التأثير على عموم أجهزة الجسم. ونذكر هنا بعض هذه الاعراض مع استلفات بطر القارىء الى انها اعراض غير ثابتة وغير عامة إذ يظهر بعضها على بعض المرضى ولا يظهر على البعض الآخر ونصح القارىء بأن لا يتخذها اعراضاً لتشخيص الزهري بل يعتبرها علامات مساعدة له على تقدير قوة العدوى ويستتج منها حالة المريض وبذلك يستعين على تقرير خطة العلاج وابداء رأيه في مستقبل سير المرض ومقدار فتكه بالجسم ونبدأ بفقر الدم :-

(١) لاحظ (باب) ٤١ تقضى ٦ الى ١٢ و نادراً جداً ٤٧ اسبوعاً من يوم العدوى حتى تظهر اول اعراض جلدية . ولاحظ (بيسر) تعاربه على انواع القردة انه تقضى مدة ٤٥ يوماً من يوم التلقيح الاولى حتى يتبين تعميم العدوى .

فقر الدم (انيميا) . لوحظ انه يظهر فقر الدم على بعض المرضى ، خصوصاً في السيدات في المدة التي تنقضى قبل ظهور الطفح الجلدى إذ يكون الوجه اصفرأ بعد ان كان لونه احمرأ ورديأ ويصحب ذلك اعراض الانيميا الاخرى من ضعف عام وتعب عند اجهاد الجسم أو صعود (السلم) مثلاً... الخ .

وبفحص عينة من دم المريض تنقص الكريات الحمراء (ريد بلاد كور بصلز) حتى تصير ٨٠ أو ٧٠ في المائة من عددها الاصلى .

وأهم تأثير للمرض على الدم هو نقص كمية الهيموغلوبين (هيموجلوبين) في كريات الدم الحمراء (نويمان . وكونريد . ويبجانسكى) ومعنى ذلك أن المادة الحمراء الحيوية التي داخل الكريات الحمراء تنقص هي نفسها بغض النظر عن نقص عدد الكريات الحمراء ، وقد لوحظ انها تنقص بنسبة الثلث أحياناً أو تصير ٧٠ في المائة مما كانت عليه (١)

وقد لاحظ (ريليه) ان كريات ايزينو فيليا تزداد بعد تضخم الغدد الليمفاوية وتكثر الكريات البيضاء الكبيرة والصغيرة ذات النواة الواحدة (لارج اندسول مونونيوكليارز) ومن هذه الصورة الدموية طن البعض ان هذه الحالة بالمرضى هي حالة فقر الدم الاخضر (كاوروز) وهي في الحقيقة اعراض منذرة زهرية . وتكون عادة مصحوبة بضعف في الشهية للطعام وخمول عن العمل واضمحلال خفيف في كل قوى الجسم وقد لاحظ (بتر) ان هذه الصورة الدموية لا تظهر إلا في بعض حالات الزهرى الحبيث ولم يرها في حالات غير ذلك

ولاحظ (أويينهم . ليفيلباخ) ان المادة الحمراء بالدم (هيموجلوبين) وكمية الحديد الموجودة بالدم تنقصان كثيراً في الزهرى المتأخر أى في دور رجوع الامراض فقط

ونظن ان (هاوك) محق تماماً في قوله ان صورة الدم لا تساعدنا كثيراً في تشخيص الزهرى لأن كثيراً من الامراض الدموية والالتهابات الصديدية والاورام الحبيثة والغير خبيثة تكون مصحوبة بتغيرات في الصورة الدموية تشبه التغيرات الدموية في حالات الزهرى

وقبل أن تقتصر على هذا الوصف للصورة الدموية نرى أن نذكر ما لاحظته (سامبيرجر) وهو انه بالنسبة لانحلال كمية كبيرة من المادة الحمراء في الزهرى وجد مادة (يوروبيلين) عند تحليل البول بكمية تذكر

ارتفاع درجة الحرارة . حمى (فيثرف) لوحظ انه قبل ظهور الطفح الجلدى أو عند ظهوره^(١) ترتفع درجة الحرارة الى ٥ و ٣٧ أو ٣٩ أو ٥ و ٣٩ الى درجة ٤٠ سنتجراد وتستمر هذه الحمى بين ارتفاع وانخفاض قليل من ثلاثة الى ستة أيام ولوحظ انها تكون فى أشدها ليلا وهكذا حتى يظهر الطفح الجلدى فتبتدىء تختفى . وأحيانا لا تظهر حمى كلية إلا عند ظهور الطفح الجلدى إذ ترتفع درجة الحرارة فجأة وتصل أحيانا الى درجة ٤٠ حتى يظن ان الحالة حالة الحمى القرمزية (سكارليت فيثرف) . وقد اختلف العلماء فى تقرير نسبة ظهور حمى عند المرضى بالزهرى فمثلا (فورنييه) لاحظ ارتفاعا فى درجة الحرارة عند ٣٥٥ مريضة من ١١٢٠ امرأة مريضة بالزهرى . ولاحظ (جينتز) ان ارتفاع درجة الحرارة كان فى ٢٠ فى المائة من حالاته . وقد لاحظ (سيديزكرويتز) وجود الزلال وارتفاع النبض الى ٩٠ و ١٠٠ و ١٤٠ أحيانا فى حالات كثيرة

وتكون هذه الحمى مصحوبة بالام فى الظهر وفى العظام وبشعور بأوجاع مختلفة فى العضلات والمفاصل تشبه الروماتزم . وتكون مصحوبة أحيانا بضيق فى التنفس واختناق فى الزور . ويكون اللسان مغطى بطبقة رقيقة وسخة بيضاء ويتصبب المريض عرقا بالليل .

اضطرابات عصبية . يصاب بعض المرضى باضطرابات عصبية أهمها شعور بعضهم بانتقاض نفسى وميلانخوليا ووجع الرأس المستمر وينسب وجع الرأس الى احتقان أغشية المخ (مينينجيز) ويكثر هذا الوجع عند النوم إذ تكون الفراش ساخنة فيشتد الاحتقان وقد لاحظ (فينجر . وتساروبن . وباريش) ان جميع الأعمال المنعكسة (ريفليكس اكشن) تضعف جداً ولا يقتصر هذا على الأعمال المنعكسة السطحية (سوير فيشال ريفليكس) بل والعميقة (ديب ريفليكس) . ولاحظ (فايلش) ان بعض المرضى يصابون بمرض عصبى يسمى مرض الفكرة الخطأ (پارانويا) . وقد يقودهم المرض الى فكرة الانتحار (فورنييه) .

(١) ويرى (جينتز) ان ذلك يحصل من ٥٠ الى ٦٥ يوماً بعد التعرض للعدوى

وقد تظهر اعراض أخرى مختلفة بتأثر أعضاء مخصوصة بالجسم بسموم ميكروبات الزهري . فمثلا يصاب بعض المزهورين بالبرقانة (ايكتيروس) وربما كان ذلك نتيجة التهاب بعض الغدد الليمفاوية المحيطة بالكبد أو القرية منه (اينجيل ريمرز) ولكن حصول هذا البرقان نادر جداً .

ويصاب بعض المزهورين بسكر في البول ^(١) (جليكوزوريا) مؤقت ، ويختفي بعد قليل .

ويكبر الطحال في بعض حالات الزهري ^(٢) ويكون ذلك ناتجاً عن احتقان (هيريميا) وعن تكاثر الخلايا المختلفة التي يتكوّن منها لباب الطحال (يالبا) وبواسطة الفحص باليد وبالقرع (بيركش) يمكن تشخيص الطحال الكبير بالجهة اليسرى بالجسم بين الضلعين التاسع والحادي عشر . ويستمر الطحال كبيراً مدة تتراوح بين ٤ الى ١٠ أسابيع وبعد ذلك يبتدىء يصغر بدون ترك أي أثر سيء .

وتظهر أعراض منذرة بالعظام والمفاصل والعضلات . اذ يصاب المريض بأوجاع وآلام مختلفة بها . ويصحب هذه الآلام ألم بالرأس يختفي كلما اختفت أوجاع المفاصل أو العضلات مثلاً . وتشنج العضلات ويشد تشنجهما ليلاً وأحياناً تلهب البليورا — غشاء الرئتين — (بلورا) ويلتهب التامور — غشاء القلب الخارجي (بيريكارديوم) والغشاء المبطن للقلب (ايندوكارديوم) ويصحب ذلك أعراض التهاب هذه الاعضاء المختلفة ولكنها أزمة قصيرة تنتهي في كثير من الحالات بدون ترك أثر سيء اللهم الا اذا كانت الاصابة بالزهري شديدة فتؤثر قليلاً على هذه الأعضاء .

(١) ولاحظ ذلك (مانشوت) في ١٢ حالة فقط من ٣٤٩ حالة

(٢) وجد «فيل» الطحال كبيراً في ثلاث حالات ولاحظ انه كان متضخماً وقد كان الشانكر لانزال موجوداً . وقد لاحظ آخرون «ديفر» «فانزيني» . شوختر ، بوشكه » ان الطحال يكبر ايضا

زهري الجلد

(كيوتينيس سيفيليس) - (سيفيليس كيوتينيا)

ان الطفح الجلدي من أهم أعراض دور تعميم العدوى فبعد ان تصبح (ع. ف) + ايجابية في كثير من الحالات تنقضى مدة بسيطة تظهر فيها أحياناً بعض الاعراض المنذرة وبعد ذلك يبتدىء ظهور الطفح الجلدي وتتراوح مدة ظهوره ، بفرض ان المريض لم يتعاط أى علاج للزهري ، بين ٦ و ١٤ اسبوع من يوم التعرض للعدوى وقد توصل العلم لأوصاف مختلفة كثيرة وبسيطة للطفح الجلدي جعلت تشخيصه سهلاً لدرجة يتعذر فيها وقوع الاختصاصيين في خطأ كان يقع فيه الكثيرون من العلماء المتقدمين. ولا يوجد بين جميع الامراض الجلدية اوعلى العموم بين جميع الامراض الالتهابية، حادة كانت أو مزمنة ، ما هو أغنى في مباحثه وأوسع في دراسته من الزهري الجلدي لون الطفح الجلدي الزهري يكون عادة (نحاسياً بنياً) وأحياناً يكون (بنى احمر) وفي بلاد كمصر حيث يكثر لون البشرة السمراء يكون لون الطفح (نحاسياً رصاصياً) وبعد ذلك يتغير اللون كلما أزمّن الطفح فيصير (رمادياً أيضاً) أو (اصفر وسخ) ويميل الطفح الجلدي الزهري الى الظهور في شكل حلقات مستديرة أو مستطيلة وتكون حلقات كاملة أو أجزاء من حلقة ، اى يظهر الطفح كقوس او نصف أو ثلاثة أرباع دائرة ، وتفسير ذلك هو ان الميكروبات الزهرية تهاجم الجلد في مناطق مستديرة تبلع حجم قطعة المليم الى القرش الصاغ او الخمسة قروش ، ومن تشرح الجلد الدقيق (هيستولوجيا الجلد) يعلم القارىء أنه توجد دوائر من الاوردة الصغيرة بالاحجام السابقة وفي وسطها شريان متفرع لتغذيتها وتسبح الميكروبات داخل هذه الاوردة والشرابين ويتسبب عن ذلك ظهور الطفح الجلدي في شكل دوائر منتظمة أو أجزاء من دوائر ^(١)

(١) راجع تشرح الجلد الدقيق « هيستولوجيا الجلد » في بوشكه . وأونا . وشيفر

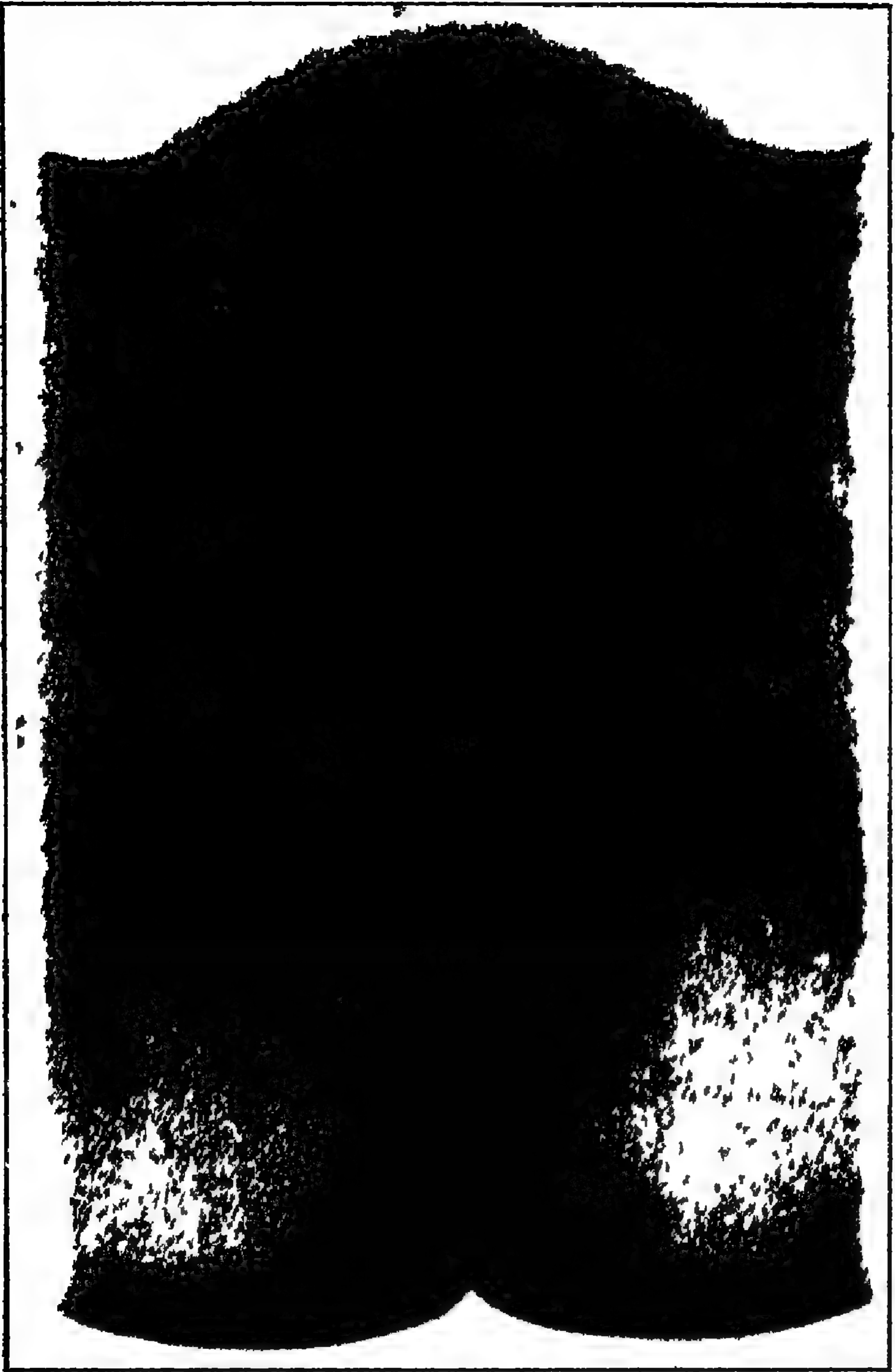
ويظهر الطفح الزهري في اشكال متعددة في نفس الوقت اذ ترى هذا الطفح في شكل لطخ وحليات او حليات وبثور أو لطخ وحليات وبثور معاً أو حليات على سطحها قشور دقيقة وبثور وهكذا . ويعتبر تعدد الاشكال (بوليمورفيزم) هذا كعلامة مهمة من العلامات التي تساعد على تكوين تشخيص مضبوط للطفح الزهري ، وهذا هو ما ساعد بعض العلماء على تسمية الطفح الزهري بالطفح المختلط أو النفاط المختلط (ايكزانتيماتا ميكستا) « راجع الرسم نمرة ٢٠ صحيفة ٨١ »

ويتقدم الطفح الزهري تقدماً بطيئاً اذ انه نتيجة مرض مزمن ولذا ينتقل ببطء من دور الى دور ولا يكون مصحوباً باعراض اشكال الطفح الاخرى في الأمراض الجلدية المختلفة فلا يصحبه (اكلان) او (هرش) او (حرقان) او ألم اللهم الا في بعض الحالات النادرة حيث يوجد ألم نتيجة الطفح ولم أر ذلك الا في المرضى المصابين بالنوراستينيا اي انه ألم وهمي خيالي لا وجود له الا في مخيلة هؤلاء المرضى . واحياناً يوجد (هرش) بسيط بالزهري

ويكون سطح الزهري جافاً (ناشفاً) له لون احمر مصفر او (بنى غامق) وعندما تتقرح الحليات او البثور الزهرية تكون مستديرة واسفلها متصلب ويكون الافراز الذي على سطحها اخضراً رمادياً او (رمادى بنى) واحياناً تنتشر بشكل متعرج ثعباني (سيربيجينص) ويكون الجزء القديم من الطفح في وسط الدائرة والجزء الجديد من الطفح في الاقسام الخارجية للدائرة ولذا عند شفاء الطفح الزهري يتم الشفاء من وسط الدائرة وينتشر حتى يصل لاطراف الدائرة الخارجية .

وعندما تتكون قشرة (كراستا) فوق سطح اي طفح زهري من الافرازات التي تجف فوقه تكون قشرة ملتصقة بهذا السطح وتكون جافة وتكون سمكة بعكس القشرة التي تكون في الالتهابات الجلدية الاخرى اذ تكون رقيقة غير ملتصقة جيداً سهلة الانتزاع . ويكون لون القشرة التي على الطفح الزهري (اخضراً غامقاً) او (رمادى قاتم) الى ان تظهر بلون اسود احياناً

ويظهر الطفح الزهري على اي جزء من اجزاء الجسم . وعادة يشغل الطفح جزءاً كبيراً من سطح الجسم وينتشر بشدة خصوصاً عند المرضى الذين لا يسعفون انفسهم



رسم نمرة (٢٠) — يلاحظ تعدد أنواع الطفح الزهرى : طفح حلیمى
وبثرى وحليمى بثرى على فرج سيدة والشفرین وفتحة الشرج والفخذین والعانة.

بالعلاج السريع . ويكون الطفح الجلدى غالباً بجهتي الجسم اليمنى واليسرى (سيميتريكال) .

ومن الاوصاف المتقدمة يرى القارىء انه توجد علامات مميزة كثيرة للطفح الزهري الا أن هذا لا يسمح لنا ان نرتكب الخطأ الفاحش بتشخيص حالات الزهري بمجرد فحص الطفح الجلدى اذ أنه كثيراً ما تشبه حالات امراض جلدية اخرى حالات طفح زهري ، وكثيراً ما توجد امراض جلدية اخرى مع طفح زهري عند مريض واحد . نعم يمكننا جيداً ان نشخص كثيراً من حالات الزهري بفحص الطفح الجلدى فقط ، ولكن هذا يستدعى خبرة مخصوصة ويمكن الاستغناء عن وقوف هذا الموقف الدقيق بجمع باقى الاعراض المتقدم وصفها من وجود الشانكر او تارينجه ومن تضخم الغدد الليمفاوية ومن ظهور الاعراض المنذرة واخيراً بمساعدة (ع . ف .) يمكن الطبيب ان يحكم بالتدقيق بوجود الزهري . والآن وقد تكلمنا اجمالاً عن الطفح الزهري نرى ان تقسمه الى الاقسام الاتية بالنسبة لشكله : -

- | | |
|-------|---|
| (١) | الطفح الزهري اللطخى او الايريثيمى (ايريثمانص) |
| (٢) | الطفح الزهري الحليمى (بايولار) |
| (٣) | الطفح الزهري البثرى (بوستيولار) |
| (٤) | الطفح الزهري العقدى (تيويرص) |
| (٥) | الطفح الزهري المصبوغ (ييجمينتيد) |

(١) - الطفح الزهري اللطخى او الايريثيمى

يبتدىء اى طفح زهري بظهور احمرار وردى على الجسم يعطونه اسم وردية (روزيولا) وبعد ذلك تظهر انواع الطفح المختلفة . فيظهر الطفح اللطخى عادة كأول طفح زهري ويكون لونه وردى ويتغير الى احمر او احمر قاتم الى ان يصير نحاسياً قاتماً او بنياً ، وتكون اللطخ عادة صغيرة بحجم رأس الدبوس الصغير أو بحجم حبة الحمص وتكبر حتى تصبح بحجم المليم وأحياناً كالقرش الصاغ أو قطعة الخمسة قروش .

وتكون هذه اللطخ (ماكيول) مستديرة عادة وتكون في سطح الجلد اى انها بقعة حمراء او نحاسية غير مرتفعة وغير منخفضة عن سطح الجلد اى انها عبارة عن تغير في لون الجلد فقط . وعندما يضغط الطبيب على هذه اللطخ باصبعه ويرفع اصبعه حالا يختفي الاحمرار ويرجع للظهور عند ذهاب ضغط اصبعه ، ولكن هذا يحصل فقط عند اول ظهور اللطخ، واذا فحص الطبيب هذه اللطخ بأصبعه بعد يوم أو يومين من ظهورها فان لونها لا يختفي بضغطه بل يبقى كما هو . ومعنى ذلك ان هذا اللون ناتج عن الارتشاح (اينفلتریشن) الذى يحصل نتيجة الاحتقان الدموى (هيريميا) في طبقات الجلد نتيجة انتشار ميكروبات الزهري في هذه الطبقات . وتكون هذه اللطخ مبعثرة ويسمى الطفح عندئذ طفح زهري لطخى (ايريثماسيفيلينيك ماكيولوزم) وبعد قليل تظهر حبة صغيرة جداً وسط كل لطخة وتكون مرتفعة قليلاً عن سطح اللطخة ويكون لونها متغيراً قليلاً عن لون اللطخة وتكبر هذه الحبة شيئاً فشيئاً وتصبح في شكل الحليمة الصغيرة التى تظهر عند ظهور الشانكر ويسمى الطفح عندئذ طفح علمى لطخى ^(١) (بايولو ماكيولار) .

وتظهر هذه اللطخ عادة بالنصف الاعلى للظهر وعلى الصدر وعلى الخائط الامامى للبطن وبعدئذ تظهر على العجز والاطراف ونادراً لما تظهر اللطخ على الوجه أو العنق ^(٢) ولا تظهر على اليدين أو القدمين . ولا تكون اللطخ منتشرة على جزء كبير من سطح الجسم الا عند ما تكون الحالة الصحية العمومية للمريض سيئة جداً او قواه منحلة وتغذيته قليلة ، وعندئذ يصاب الوجه أيضاً بهذه اللطخ التى تظهر على سطحها قشور خصوصاً على الجبهة وبجوار حافة الشعر . ولوحظ ان اللطخ التى تكون على الاطراف يكون لونها قائماً عن باقى اللطخ التى على الجسم . وظهور اللطخ مبعثرة ومنفصلة عن بعضها يعطى الجلد شكل (الرخام الاحمر المبقع) . واحياناً تظهر اللطخ متقاربة من

(١) وهذا الطفح يشبه مرض الجلد الذى يسمى انجريد عمرة (اورتيكاريا ايفلوريسنز) .

(٢) لاحظ (فينجر) انه عند ما يكون الطفح الزهري اللطخى منتشراً جداً فصاب فروة الرأس (سكالپ) ببقع صغيرة يظهر عليها احياناً قشور صغيرة او ماسماه (فورنبيه) الوردية المشكربة او النخالية (روزبول فيرفراسيه) .

بعضها وتكون مجتمعة بشكل حلقة مستديرة او مستطيلة ويسمى هذا الطفح عندئذ **الوردية الحلقية** (روز يولا انيولاريس)، ويكثر ظهور هذه الوردية على الصدر والبطن. وتنتشر اللطخ في مدة تتراوح بين ٢٤ ساعة وثلاثة ايام وأحياناً يسير انتشار اللطخ ببطء فيتم في مدة تتراوح بين ٢ او ٣ اسابيع ونادراً جداً في ٤ اسابيع. وتختفي اللطخ بعد ظهورها بأسبوع واحد وأحياناً بعد ٣ أسابيع وفي الحالات النادرة بعد ٢ الى ٣ شهور.

ولا يكون هذا الطفح اللطخي مصحوباً باعراض ثانوية كثيرة كما تكون أنواع الطفح الأخرى وأحياناً تصحبه اعراض أهمها ارتفاع قليل في درجة الحرارة ونقص في الشهية للطعام وتعبور بقاء وبالنسبة لنفسه في الحالات النادرة وألم روماتزمي في العضلات والمفاصل وآلام في الوجه (نورالجيا فاشيالس)، وأحياناً يحصل في الوقت الموجود فيه هذا الطفح التهاب زهري في القزحية بالعين (ايريتيس سيفيليتيكا)، ولكن هذا نادر جداً وقد رأيت حالة واحدة كهذه بقسم الجلد بمستشفى الجامعة ببرلين. وبمعالجة المريض بأي علاج حديث يشفى هذا الطفح حالاً ولا يبقى بعد ذهابه أى أثر يذكر على الجلد.

ولوحظ ان المريض الذى يظهر عليه هذا الطفح اذا عولج فلا تظهر عليه بعدئذ أى علامة من علامات الزهري الا رجوع ظهور وردية حلقية (روز يولا انيولاريس) ويكون لونها (فاتحاً) عن لون الطفح الأولى، وتبقى هذه الوردية^(١) غنية لمدة بضعة شهور وأحياناً تستمر لبضع سنين.

وأما الطفح الذى وصفه (اونا) كطفح في غير ميعاده (انا كرونيستيشه ايكزانتيم) فهو طفح ينتهى بشكل حلقات صغيرة سطحها مغلى بقشور دقيقة ميالة للظهور بشكل متعرج (سيرسينت). وليس تشخيصه بالأمر الهين اللهم إلا بملاحظة باقى الاعراض ودراسة تاريخ المريض جيداً. ولوحظ انه يظهر عند النساء اكثر من الرجال^(٢). وهذا الطفح غني جداً ولا يشفى بسهولة رغماً عن العلاج بمختلف الطرق



رسم نمرة (٢١) — قرحة زهرية على الشفر الأيسر لفرج سيدة مع تضخم الشفر
وتضخم الغدد المحيطة بالمنطقة وتضخم غدد باقى الجسم مع ظهور طفح وردى على
الجسم نتيجة اهمال العلاج الجدى لاكثر من سبعة أسابيع .

ويترك محله بقعاً مصبوغاً بصباغ نحاسى رمادى ولوحظ^(١) انه من النوع المغرم بالرجوع للظهور (ريكارينس) .

وفي حالات كثيرة يظهر الطفح في حالات الزهري المعائد للظهور بشكل هذا الطفح اللطخى أو الطفح الحليمى اللطخى ولكنه طفح لطخه وحليماته صغيرة جداً وعديدة ومنتشرة بكثرة^(٢) ويجب ملاحظة ذلك منعاً للوقوع فى خطأ تشخيص مثل المريض بهذا الطفح كمريض بطفح زهري أولى مع انه زهري قديم .

وقد وجد كثير من العلماء^(٣) سبيروشيتا باليدا فى عينات من دم أخذوه من اللطخ الموجودة بهذه الورديات المختلفة .

وتشخيص هذه الوردية الزهرية (روزيولا سيفيلينيكا) من الورديات الاخرى أو أمراض الجلد الوردية المختلفة ليس شاقاً: ففي التهاب الجلد الوردى الناتج عن التسمم بسوم او ادوية مختلفة - خصوصاً العقاقير التى تستعمل فى علاج الزهري نفسه - ينتشر الطفح الجلدى على الجسم كله دفعة واحدة وعلى الوجه أيضاً بل يبتدىء بالظهور على الوجه فى أكثر الحالات ، وهذا ما لا يحصل فى الوردية الزهرية . وفى مرض الجلد المسمى بتيرياسيس فيرسيطالور يمكن التمييز بين طفحه والطفح الزهري بسهولة من شكل الطفح ولا يخطئ تشخيصه الا الاطباء الذين لا يعرفون أمراض الجلد ويمكن أخذ عينة من الجلد وبفحصها يرى ميكروب هذا المرض وهو (ميكروسبورون فورفور) . وللتمييز بين الوردية الزهرية وبين المرض الجلدى هيريس تونسيورانز ما كيرلوزى اند سكوا موزسى يلاحظ أن الطفح فى هذا المرض الجلدى يكون طفحاً لطخياً ولكن كل سطحه يكون مغطى بقشور رقيقة دقيقة فى جميع المنطقة التى بها طفح وهذا ما لا يرى فى الوردية الزهرية . وللتمييز بين الوردية الزهرية والوردية التى تظهر فى التيفوس يلاحظ أن الطفح

(١) فورنليه ونيلسن (٢) ايرمان وفينجر (٣) جبرار وجيون وهنت وريتشاردز وغيرهم .

يظهر في التيفوس بشكل يقع صغيرة كراؤس الدبوس الى حجم (العدس) ويكون عددها محدوداً جداً ، أى من ٣ الى ١٥ نقط حمراء وأحياناً تصل الى عدد كبير وتنتشر ، ولكن هذا نادر جداً ، وتكون على الصدر والبطن فقط في اكثر الحالات .
ولسنا في حاجة لتذكير القارىء بباقي الأعراض التى تظهر في مرض التيفوس .
والتميز بين الوردية الزهرية والطفح الذى يظهر فى الحُميات الأخرى بسيط اذا لاحظ الطيب شكل الطفح وموقعه وانتشاره واذا ضم لذلك ظهور الشانكر وتورم الغدد الليمفاوية و (ع . ف .) في حالات الزهرى وباقى أعراض الحُميات في الحالات الأخرى .

(٢) الطفح الزهرى الحليمى

يظهر الطفح الحليمى عند ظهور الوردية أو بعد ظهورها بقليل . ويتبدى بظهور حليمة أى حبة صغيرة وسط اللطخة في الطفح اللطخى أو يظهر كطفح حليمى مستقل بنفسه . ويكون لون الحليمات نحاسياً احمرّاً أو نحاسياً ، ويتغير هذا اللون في الحليمات المتأخرة الى لون أصفر بنى أو أصفر وسخ ، وتكون الحليمات بحجم رأس الدبوس وتكبر الى حجم حبة العدس أو حجم نصف حبة الفاصوليا ، وتكون بارزة عن سطح الجلد وتكون متصلبة قليلاً وايسر رخوة ، وبالضغط عايتها بالأصبع ^(١) لا يختفى لونها لأنها ناتجة عن الارتشاح المتسبب عن الاحتقان الدموى نتيجة مهاجمة السيروشيتا باليداء لخلايا طبقات الجلد الوسطى والسفلى . وبما أن سيروشيتا في هذا الطفح لا تهاجم البشرة الخارجية للجلد وبما أن الارتشاح يحصل في الطبقات الوسطى فلا يحصل تقرح في سطح الحليمات بل يرى سطحها ناعماً لامعاً ، وبعد مرور بعض الوقت على ظهور هذه الحليمات يتبدى ظهور قشور على سطحها ، وتلك القشور تكون ملتصقة جيداً بـ سطح

(١) يستعمل اطباء الجلد عادة قطعة من الزجاج السميكة لمحقن الطمخ الجلدى بضغط القطعة بـ سطحها العريض على الطمخ بدلاً من الضغط بالأصابع وبذا يرون لون الطمخ حالة ضغطه لان الزجاج شفاف وليس كالأصابع تحنى ما تحته .

(رسم نمرة ٢٢)

(١) صورة سيدة بها طفح
زهري حليمي من نوع الحليما
المتوسطة والصغيرة .

(٢) صورة مهمل مفتوح
بواسطة آلتين العليا والسفلى .
وترى بين الآلتين الفتحة الامامية
للرحم ورأس عنق الرحم وعليه
لطخ محاطية (ميوكس باتشر)
عريضة وهذه من أحسن مميزات
دور تعميم العدوى عند السيدات
ولكنها علامة لا تظهر كثيراً
عندهن وظهورها يعتبر علامة من
علامات شدة المرض
(بوتسكه) .



الحليمة ولذا تظهر بوضوح عند ما يحاول الطبيب اظهارها باحتكاك أصبعه بسطح
أو بتدليك الحليمة بآلة غير قاطعة من آلات فحص الجلد ، وعند ما تظهر هذه
القشور على الحليما يسموه الطفح الحليمي القشري أو الزهري الحليمي الحرشفي
(سيفيليس بايولوسكواموزم) ، وعند وصول الطفح الحليمي لهذا الدور يبتدىء الطفح
يختفي ومن هذا يفهم أن عملية التقشر أو التحرشف هي عملية من عمليات الشفاء .
ولوحظ أن الحليما تظهر بشكل غير منتظم أو في شكل حلقات أو خطوط متعرجة .

وتظهر الحلقات عادة بعد مرور مدة لا تقل عن ثلاثة أو أربعة شهور من يوم التعرض للعدوى وفي الحالات النادرة بعد ٦ أو ٨ شهور من تاريخ العدوى وتأخر أحياناً لمدة سنة كاملة حتى تظهر.

وينقسم الزهري الحلبي الى قسمين كبيرين :-

(١) طفح الحلقات الكبيرة

(٢) طفح الحلقات الصغيرة



(رسم نمرة ٢٣)

طفح زهري الحلقات الكبيرة متسرة حول القضيب على العانة وباعلا وأسفل رباط بوبارت وعلى القضيب نفسه .
ويلاحظ القارئ وحود الشاكر على الفتحة الامامية للقضيب .

(١) زهري الحلقات الكبير (لينتيكيولو بايولار سيفيليس) .

تظهر الحلقات في حجم حبة العدس أو بحجم نصف حبة (الحصى الشامى) وتكون مستديرة مرتفعة قليلا عن سطح الجلد مسطحة أو محدبة قليلا ويكون لونها أحمر وردياً ويتغير الى أحمر قاتم الى نحاسي ويكثر ظهورها بين عظمتي اللوح على

الظهر أو على الظهر كله وعلى الصدر والبطن وعلى العنق وأحياناً تظهر على الوجه خصوصاً على جانبي الأنف وعلى الذقن . وتظهر على الأطراف بالجهة القابضة (فليكسور) ولا يتم ظهور هذا الطفح إلا ببطء شديد ونادراً جداً لما يتم ذلك في بضعة أيام أى ٣ الى ٥ أيام بل يحتاج لأسابيع حتى ظهوره وعندئذ يكون الطفح في أدوار تقدمه المختلفة ، اذ تظهر حليّات اكبر من أخرى، وتظهر حليّات ذات لون أحمر وأخرى ذات لون نحاسى وغيرها ذات لون نحاسى بنى وحليّات سطحها لامع وغيرها عليها قشور ، وبما أن هذه القشور تظهر أولاً في وسط الحليمة وتمتد للخارج فترى حليّات بقشور ، في وسطها وأخرى بقشور تغطى نصف سطحها وغيرها بقشور تغطيها كلها ، وتعدد هذه الأشكال هو المميز للطفح الزهري .

ويبقى هذا الطفح عدة شهور . وهو طفح عنيد لا يؤثر فيه العلاج بسهولة خصوصاً في الحالات التى يكون أهمل علاجها في أول ظهورها .

وأحياناً يبتدىء ظهور تقرح بسيط في وسط الحليّات بشكل بثرة (بوستيول) صغيرة وترى الحليّات بلونها النحاسى وفي وسطها نقطة صفراء بشكل الصديد وتوسع هذه البثرة فتأكل وسط الحليمة وتمتد للخارج حتى يتأكل كل سطح الحليمة . وتجف المادة الصفراء وتربى قشرة سميكّة فوق سطح الحليمة يكون لونها حينئذ أصفراً أخضراً قائماً مسوداً، ولما يكثر ظهور هذه البثور في هذا الطفح يسمى بالزهري الحليمى البسرى (بايولو بوستيولار سيفيايس) ولا يكون هذا الطفح مصحوباً بأعراض ثانوية كثيرة إلا انه يكون أحياناً مصحوباً ببعض (أكالان) و (هرش) وترتفع درجة الحرارة عند ظهور الطفح . والحالات التى يظهر فيها هذا الطفح يكثر فيها ظهور اللطخ المخاطية (ميوكس باتشيز) داخل الفم وعلى سقف الحلق أو اللوزتين . وأحياناً يظهر مع التهاب القرحة (ايريتيس) أو صلع بالرأس تام أو جزئى وأحياناً « أكنه زهرية » بالرأس (اكنى سيفيليتيكا) .

وفي بعض الحالات تظهر الحليّات بجوار بعضها فيتكون منها شكل متعرج أو حلقات مستديرة أو مستطيلة أسى منتظمة ، وفي هذه الحالة يسمى الطفح

(بالزهرى الحليمى الحلقى والمتبرج سيفيليس بايولوزا انيولاريس ايه سيرسيناتا) .
وكما كانت بعض هذه الحلقات متقاربة من بعضها وتلتحم ببعضها يتكون طفح يسمى
بالزهرى الحليمى الحلقى المتعدد (سيفيليس بايولوزا جيراتا) ، ويظهر هذا الطفح
الحلقى المتعدد بعد ٦ الى ٩ شهور من يوم العدوى وهو نوع من الطفح اذا رآه
الطبيب مرة فلا ينسأه قط فى حياته ، وأعطى البروفيسور (ليسير) اسما مخصوصا لهذه
الحالات وهو زهرى القنابل (بومبين سيفيليد) .

التشخيص - ينحصر تشخيص زهرى الحليمات الكبيرة فى رؤيا حلبيات حمراء
أو نحاسية منتشرة فى أجزاء الجسم السابقة الذكر وفى وجود أشكال لها متعددة ، فمن
حلبيات سطحها لامع حلبيات بسطحها قشور دقيقة لأخرى فى وسطها بثور أو سطحها
مغطى تماما بقشرة (كراستا) سمكية وفى وجود باقى علامات الزهرى المختلفة التى
تصحب تلك الحلبيات . وللتمييز بين ذلك الطفح وبين المرض الجلدى - الحكه
(بروريجو) - لا توجد مشقة ما إذ يوجد بالحكه (اكلاف وهرش) بشكل
لا يوجد فى الزهرى . ويظهر فى الحكه الطفح على الجهة الشادة (ايكستينسور)
للأطراف بعكس الزهرى الذى يظهر فيه الطفح على الجهة القابضة (فليكسور) ،
وتصيب الحكه المرضى فى سن الطفولة الى الخامسة عشر من عمرهم عادة بعكس
الزهرى الذى يكثر ظهوره فى الشباب والكهول ولو انه لا يوجد ما يمنع ظهوره فى
سن الطفولة .

وللتمييز بين الطفح الحليمى فى الزهرى وبين مرض الجلد - الحزاز الباقونى
او اللىكن الباقونى (ليشين روبر) - يلاحظ انه بالحزاز الباقونى تكون الحلبيات
مستطيلة نوعا و سطحها جميعها مغطى بقشور صغيرة شمعية ويكون المرض مصحوبا
(بأكلان وهرش) بعكس الطفح الزهرى الذى يكون متعدد الأشكال (پوليمورفيزم)
من وردية حلبيات بسيطة حلبيات بها قشور حلبيات متقرحة حلبيات متقيحة وهكذا .
ويلاحظ وجود باقى الاعراض التى تصحب هذا الطفح . ولتمييز مرض الجلد



(رسم نمرة ٢٤)

- (١) تقرح زهرى شديد على الشفتين وطرف الأنف نتيجة الزهرى الخبيث .
- (٢) لطم متضخمة (هير تروفيد باتشير) على اللسان تظهر فى دور تعميم العدوى كطم بسيطة وتبتدى أحيانا تتضخم فتصل لهذا الحجم الجلى .
- (٣) فتحة بالحنك الصلب والحنك الرخو (هارد اند سوفت بالات) نتيجة تقرح زهرى وتظهر مثل هذه الفتحات بدورى تعميم العدوى ورجوع ظهور الأعراض .
- (٤) التهاب « بين الأغشية » الزهرى باللسان (سيفيليتيك اينترستيشيال جلوسيتيس) . (بوشكه)

— الـركـنـة المتصلبة (اكنى اينديوراتا) — عن الطفح الزهرى الحليمى يلاحظ انه بالاكـنه توجد بثور متقيحة على التوالى بعكس الزهرى الذى توجد وسط حلقاته بثور صغيرة ومختلفة الأشكال . ويوجد الطفح بالاكـنه على الوجه من أول الأمر وهذا نادر فى الزهرى .

ولتميـز مرض الجلد — ايرينجـيا مفرزة متعددة (ايرينجيا ايكسيودا تيفم مولتيفورم) — يلاحظ أن هذا المرض يظهر أولا على اليدين والقدمين وتكون اللطم والحليمات بلون أحمر صنوبرى بعكس الزهرى . ولتميـز بين الصدفية البسيطة (بسور ياسس فالجاريس) والصدفية الزهرية (بسور ياسيس سيفيليتيكا) نضع المقارنة الآتية : —

الصدفية الزهرية	الصدفية البسيطة
(١) تكون القشور التى تغطى الطفح الزهرى قشوراً بيضاء متسخة رقيقة جداً وصغيرة الحجم لا تتعدى ١ ملليمتر او واحد ونصف فى طولها . وعند انتزاعها لا تخرج أبداً لآى سبب ملتصقة ببعضها بل تخرج منفردة ولما ينكشف السطح الذى تحتها لا يوجد عليه أى افراز دموى ويكون ناعماً لامعاً من التصلب البسيط فى أسفله ويكون لونه احمرأ نحاسياً قائماً .	(١) تكون القشور التى تغطى الطفح قشوراً كبيرة قطرها ٢ الى ٣ ملليمترأ لامعة فضية سميكة وعند انتزاعها من سطح الطفح يظهر السطح المكشوف كسطح احمر به افراز دموى من انتزاع القشور وبه حلقات (پاپيلا) صغيرة حمراء مرتفعة بجوار بعضها فيشبه سطحها سطح التوت . وأحياناً تخرج القشور عند انتزاعها كقرص واحد من التصاقها ببعضها . ويكون الطفح منتشراً على أجزاء كبيرة من الجسم .
(٢) يظهر هذا الطفح كغيره من	(٢) يظهر الطفح على الاطراف

بجهاثها الشادة (ايكستينسور) خصوصاً على الركبة والمرفق .

أنواع الطفح الزهري في أى بقعة الا ان ظهوره يكثر عادة على الجهات القابضة (فليكسور) للاطراف ، ويظهر أيضاً داخل الايدي وعلى (بطن القدم) .

(٣) يبتدىء المرض عادة في سن الطفولة ولو أنه يظهر في ابتداء الشباب وفي الكهولة أحياناً ويتقدم المرض بسرعة أو ببطء ولكنه يشفى غالباً بسرعة وأحياناً فجأة فتبتدىء القشور تنزل عن سطح الطفح الذى يبتدىء يختفى بعد زمن قصير . وفي الحالات التى تصير مزمنة يعود الطفح للظهور كل عام وفي نفس الفصل اى في الشتاء أو الخريف مثلاً .

(٣) يستمر المرض زمناً طويلاً كما هو بدون تقدم أو تأخر ولا يبتدىء يختفى الا بعد عمل علاج كاف ضد الزهري ويختفى القشور بعدئذ وتترك تحتها لطعاً نحاسية او (نحاسية بنية) وتختفى هذه ايضاً بعد زمن ما وأحياناً لا يشفى هذا الطفح بالعلاج العادى ويحتاج لعلاجات مختلفة متعددة متوالية . ونادراً يشفى هذا الطفح فجأة على غير انتظار . ولا يعود للظهور كل عام .

(٤) يظهر الطفح بتسكاه المخصوص على كل أجزاء الجسم وحتى على الرأس وسط الشعر يوجد نفس الطفح بقشوره المذكورة .

(٤) يظهر الطفح بأشكال متعددة كالعادة في الزهري (سيفيليتيك بوليمورفيزم) كحليبات وبثور الخ ويكون مصحوباً بباقي علامات الزهري كاللطم المخاطية داخل الفم وعلى اللسان الخ .

ولا داعى للتمييز بين الكزيمما وبين الصدفية الزهرية اذ ان طفح الكزيمما يكون به فقائيع بها سائل مائى أو سائل مصلى دموى او منقيح وصورة الكزيمما صورة يسهل على الطبيب تمييزها ولا تكون مصحوبة بتاريخ زهري أو بأمراض زهرية أخرى .



(رسم نمرة ٢٥)

طمح زهرى منتشر على العنق بسكل تعباني (سيريجينصر) وهو نوع يظهر فى دور
تعميم العدوى ويقل ظهوره فى دور رجوع الأعراض ويعبر بعضهم ظهوره حينئذ
كظهور عائد (ريكارنت) .

وهنا يجب أن تذكر نقطة مهمة عن زهرى الحليات الكبيرة إذا كان شكل الطمح
يتغير كثيراً بتغير موقعه . فإذا كان الطمح على الجلد العادى أى على الذراع أو الصدر
أو الظهر مثلاً فإنه يسير فى مجراه الطبيعى ولكن إذا ظهرت الحليات الكبيرة فى نقطة
اتصال الجلد العادى بالسطوح المخاطية مثلاً عند زاوية الفم أو عند زاوية جفون العين
وهكذا فإن سطح الحليات يتأكل تأكلاً خفيفاً وتكبر ويحصل فيها ورم بسيط ،
ويسمى الطمح عندئذ طمح زهرى منفس أو سمجى (راجيديك سيفيليس) .
وإذا ظهرت الحليات الكبيرة على سطحين من الجلد محتسكين ببعضهما مثلاً على
الصفن (سكروتم) فإنه باحتكاك الصفن بفخذين تحصل تغيرات مخصوصة فى
تكوين الحليات ونموها وهذا يحصل فى نقط متعددة فى الجسم . فمثلاً على السطح
الأسفل للثدى إذ يمتك بجلد الصدر ، أو حفرة الأبط (اكزيلارى سپيس) إذ
تكبر الحليات ويصير سطحها مكشوفاً ناعماً رطباً وتنبه اللطخ المخاطية .

واذا ظهرت الحليّات الرطبة أى ذات السطح المكشوف المتأكل فى مناطق أخرى مثلاً على الفرج أو على الشفرين الكبير والصغير أو على الصفن أو على فتحة الشرج فإنها تتخذ شكلاً مخصوصاً ويعطونها حينئذ اسم ورم ثؤلولى مختلف (كونديلوماتالاتا).



(رسم نمرة ٢٦)

ورم ثؤلولى (كونديلوماتالاتا) كبير على فتحة الشرج (اينس)

وهو عبارة عن سطح مرتفع قليلاً عن الجلد ناعم كالقטיפه به أحياناً حلمات (پاپيلا) صغيرة مرتفعة فى وسطه ويكون رطباً غير جاف من وجود افراز مائى أو مصلى عليه ناتج عن تهيج السطح المكشوف ، لأن طبقة البشرة الخارجية التى فوقه تكون تأكلت من الاحتكاك المستمر فى هذه المواضع وينتشر هذا الورم بانضمام الحليّات الكبيرة لبعضها فيصير فى حجم القرش الصاغ أحياناً ويكون سطح هذا الورم مستديراً أو مستطيلاً وينتشر (كالمروحة) أحياناً عند ما يكون على فتحة الشرج ويكبر حجمه ويتسع بالنسبة لوجود تهيج مستمر من الأوساخ التى تمر بهذه الفتحة عند التغوط ولاهمال بعض المرضى فى تنظيف الفتحة جيداً اما لوساخة عاداتهم

أو باستعمال الورق على الطريقة الافرنجية . ويشغل مساحة تتراوح بين ٦ الى ١٢ سنتيمتراً في بعض الحالات (راجع رسم نمرة ٢١) وأحياناً يكون الورم متعدداً خصوصاً لما يظهر خارج الفرج وعلى الشفرين عند النساء

ولما يظهر هذا الورم التؤلولي بين أصابع القدم يكون مؤلماً ويلتهب كثيراً من العرق المستمر . واستعمال الحذاء الضيق من أهم الأسباب في استمرار هذا الداء وأحياناً



(رسم نمرة ٢٧)

صلع بالرأس نتيجة الزهري
ويلاحظ أنه لا يكون منتشر
في كل المنطقة إذ ترى بضع
شعرات ظاهرة وسط الصلع
(الوبشيا سيفيليتيكا)

طفح زهري عقدي معباني
(تيودور وسيربيجنيش) وهو طفح
يقاوم العلاج ويسمر زمناً طويلاً
ويحتاج علاجاً شديداً لشفائه
(ما من جوزيف)

قرحة زهرية — سائر على اللسان —
ويرجع إليها ناتجة من استعمال المعاديات
السرية (الهرسية)

ينتهى بتقرح عميق يخترق طبقات الجلد ويصل لاوتار العضلات (تيندونز) ويخترق الغشاء الزلالي (سينوفال ميمبرين) الذي يغطي اوتار العضلات فتنتقل العدوى الثانوية التي تكون وصلت للورم التؤلولى الى داخل القدم وربما تنتهى المسألة باضطرابنا لبتز القدم .

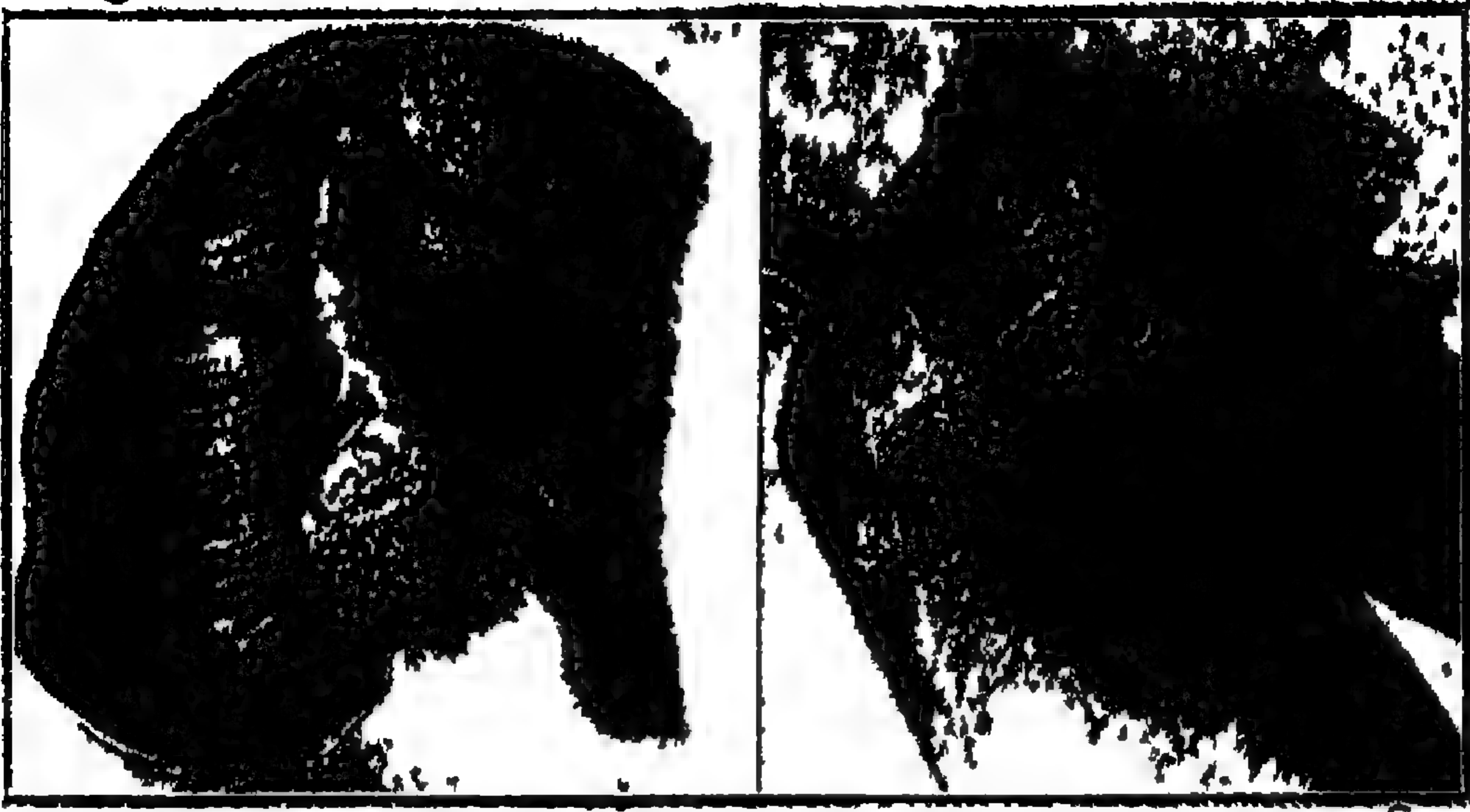
وأحياناً يظهر الورم التؤلولى بعد قليل من ظهور الشانكر ، ويلاحظ انه عند ظهور حلقات كبيرة يتبعها ظهور هذا الورم ويكثر حصول ذلك عند النساء خصوصاً عند العاهرات أو عند النساء المفرطات كثيراً فى اعراضهن والمفرطات فى شهواتهن التناسلية فيظهر هذا الورم بشكل صغير كحبات العدس أو الفاصوليا وبشكل متعدد وتكون متورة على خارج الفرج وبجوار الشانكر (راجع رسم نمرة ١٥ صحيفة ٥٨)

وقصارى القول ان الورم التؤلولى يظهر كثيراً فى دور تعميم العدوى ويقل ظهوره فى دور رجوع الاعراض ، ويعود هذا الورم للظهور فى هذا الدور بعد ان كان ظهر مرة أو مرتين فى دور تعميم العدوى واختفى . ولوحظ ان الإفرازات التى تظهر على هذا الورم تكون معدية وأحياناً تكون معدية جداً .^(١)

وتوجد ميكروبات سيروشيتا باليدا بكثرة فى هذه الأورام التؤلولية وتكون بأحجام مختلفة^(٢) . ولوحظ وجود أنواع مختلفة من السيروشيتا مثل سيروشيتا ريفريجنس^(٣) مع سيروشيتا باليدا وسط الطبقات البشرية المخاطية (ايبيثيلال ليرز) بهذه الأورام ويمكن تمييزها بواسطة الصبغ باملاح الفضة (راجع باب سيروشيتا باليدا ، وراجع مؤلفات البكتير يولوجيا)



رسم نمرة (٢٨) د يظر الرسم بطول الصعيعة ، طفح لطنخى على الفخذين ،
طفح حليمى على العجز ، وترى القرحة على الشفر الاكبر الايمن .
للهرج ، وجميع غدد المرأة متضخمة (مراسك)



(رسم عمرة ٢٩)

<p>طفع زهرى نوى السكل (فرا ميوزيهورميفيليد) على الرأس (بوشكه).</p>	<p>تقرح زهرى بشكل الكلاوى على ركة سيده صغرة .</p>
--	---

(-) زهرى الحليات الصغيرة (الحزاز الزهرى)

ميلياري بايولار سيفيليد - ليشين سيفيليتيكوس

تظهر حليات صغيرة بحجم السمسة أو حبة (أبو النوم) ويتم انتشارها في يومين أو ثلاثة الى خمسة أيام ولا تنتشر على مساحة متسعة من الجسم كانتشار زهرى الحليات الكبيرة . وظهور الحليات الصغيرة اندر جداً من ظهور النوع الكبير . ويكون لونها نحاسياً قاتماً ، وتظهر أحياناً على الوجه وأحياناً تظهر عند جذور الشعر على رأس جراب الشعرة (هير فوليكول) . وتكون الحليات الصغيرة مبعثرة غير منتظمة . وفي أكثر الحالات تظهر الحليات الصغيرة مجمعة في شكل حلقة صغيرة في وسط سطح حليلة كبيرة ويسمى الطفع حينئذ زهرى ضميمى (لأوب سيفيليس كوريمبوزا) . ولما يتم نمو الحليات الصغيرة تكون على صغر حجمها بشكل مخروط قاعدته الجلد أو

سطح الحليّات الكبيرة ورأسه بارزه ، وأحياناً تظهر فقائيع (فيزيكلز) في رأس هذه الحليّات الصغيرة بها سائل شبه مائي ويتحول ذلك السائل بعدئذ الى سائل صديدي فيصير رأس الحليمة بثرة صغيرة . وعندما تنتشر هذه البثور برؤوس الحليّات الصغيرة يصعب تمييز هذا الطفح الزهري عن مرض الجلد - الحزاز الخنزيري (ليشين سكروفيولوزوم) بمجرد فحص الطفح الجلدي . وسيأتي الكلام على ذلك في التشخيص .



(رسم نمرة ٣٠) زهري الحليّات الكبيرة حول العين

يلاحظ القارئ ظهور الحليّات بشكل منتظم دائري ويكثر هذا في الطفح العائد للظهور (ريكارت) ويكون الجلد في منطقة الطفح متصبّاً قليلاً من الارتشاح الزهري (سيفيلتيك اينفيلتريشن) .

ويتسدى ظهور طفح الحليّات الصغيرة بعد ١٠ الى ١٤ شهراً من يوم التلّح بالعدوى وأحياناً بعد سنة ونصف أو سنتين . ولوحظ أن هذا الطفح يظهر كثيراً على المرضى الذين يصابون بالزهري مع وجود أمراض^(١) اضعفت أجسامهم كأنواع فقر الدم المختلفة أو مرض السل أو الإفراط التناسلي الشديد .

ولوحظ أن زهري الحليّات الصغيرة يكون مصحوباً بوردية^(٢) أحياناً

(١) فيمجر . ميتشيلستر (٢) لانج . فيمجر

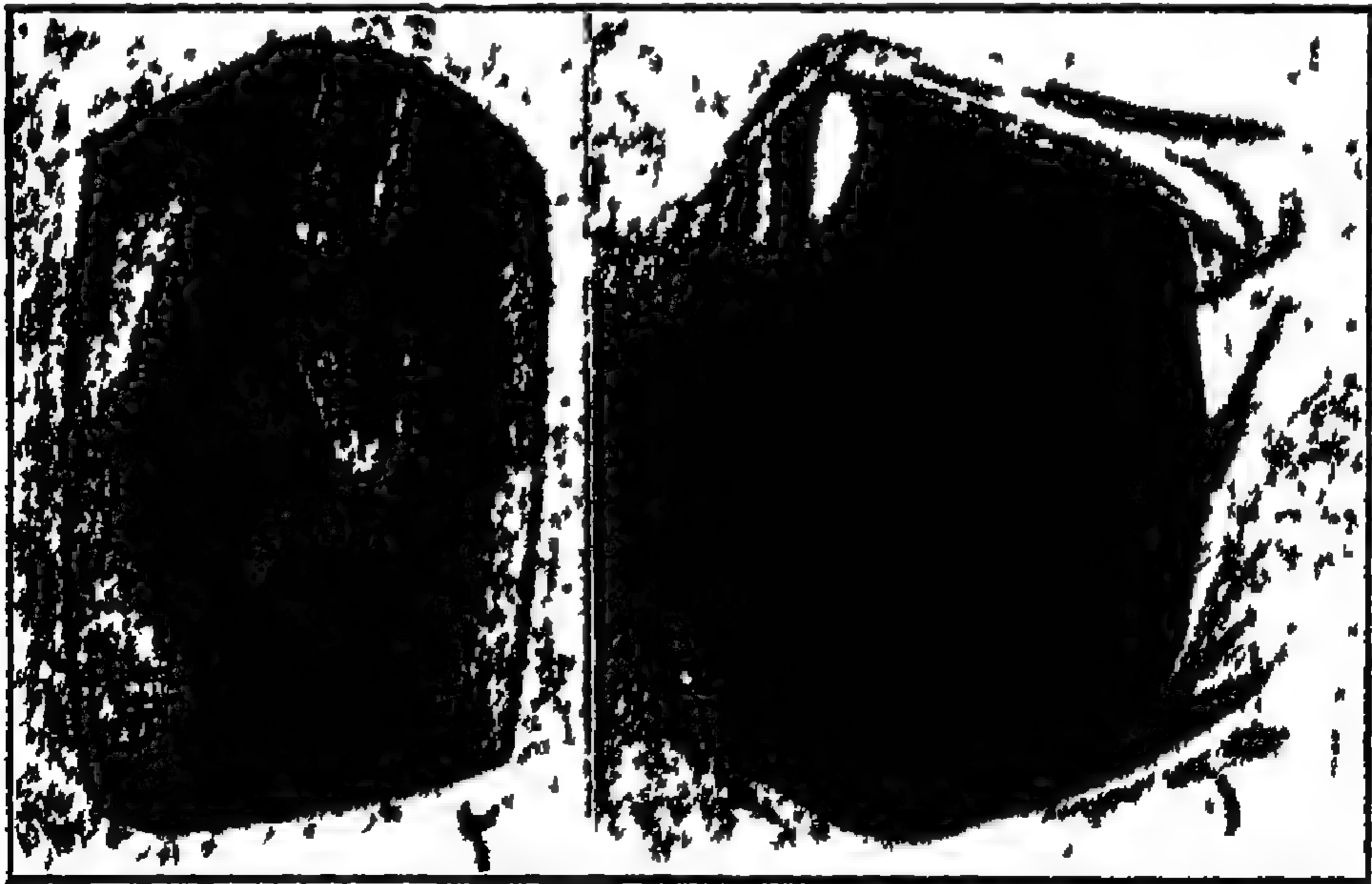
وفي آخر أدوار هذا الطفح يبتدىء ظهور قشور صغيرة وسط الحليّات الصغيرة وتظهر حفرة صغيرة وسط كل حلّمة وتختفي الحليّات كلها بعد العلاج تاركة مكانها بقعاً نحاسية قائمة أو نحاسية رمادية ، ولوحظ أن هذه الحليّات الصغيرة مغرمة بالرجوع للظهور (ريكارينس) بعد اختفائها ولكنها لا تختفي بعد علاج بسيط إذ أنها عنيدة جداً ويضطر الطبيب لعمل علاج قوى كل مرة لينجى المريض من شر ظهورها . ومستقبل المريض الذى يظهر عليه زهرى الحليّات الصغيرة مظلم إذ لوحظ^(١) أنه وإن كانت صحته جيدة فإن نوع الزهرى الذى يجرى فى دمه نوع فتاك ، ولوحظ أن رجوع ظهور هذا الطفح مراراً مما يذهب القوى ويسبب ضعفاً شديداً منهكاً (مارازيه) وقد يقود هذا النوع من الزهرى الى الموت رغم العلاج ، اللهم الا اذا اعتنى الطبيب بمريضه عناية فوق العادة .



(رسم نمرة ٣١)

شانكر على حلّة ثدى سيدة كانت ارضعت ابن صديقة لها مصاباً بالزهرى الوراثى

التشخيص - لتمييز زهرى الحليات الصغيرة من مرض الجلد - الحزاز
الباقونى الواضح (ليشن روبر پلاتنص) يلاحظ أن الحليات بالحزاز المذكور
تكون مضلعة لها زوايا غير مستديرة وتكون مغطاة أحياناً بقشور شمعية اللون ، وأحياناً
يكون وسط الحليات بمض ارتفاع هرمى الشكل ويكون هذا المرض مصحوباً
(بأكلان وهرش) شديدين وهذه الأوصاف بعيدة عن زهرى الحليات الصغيرة
أى الحزاز الزهرى . ويلاحظ أن (الهرش والاكلان) يميزان أيضاً مرض الجلد
- اكزيميا هلمية (اكزيميا بايولوزم) - ويلاحظ أنه بهذه الاكزيميا تكون
الحليات منتشرة فى مواضع أخرى غير مواضع انتشار الحليات الزهرية الصغيرة وتكون
رطبة غير جافة كالحليات الزهرية وتكون مصحوبة بلطفخ حمراء عريضة متسعة على
نقط مختلفة من الجسم . والصعوبة التى يلاقيها الطبيب فى هذا التشخيص هى التمييز
بين زهرى الحليات الصغيرة ومرض الجلد - الحزاز الحزازيرى (ليشن سكروفيولوزم)
ففى الأخير يظهر الطفح على معظم أجزاء الجسم ولا يظهر على الوجه - اللهم الا فى

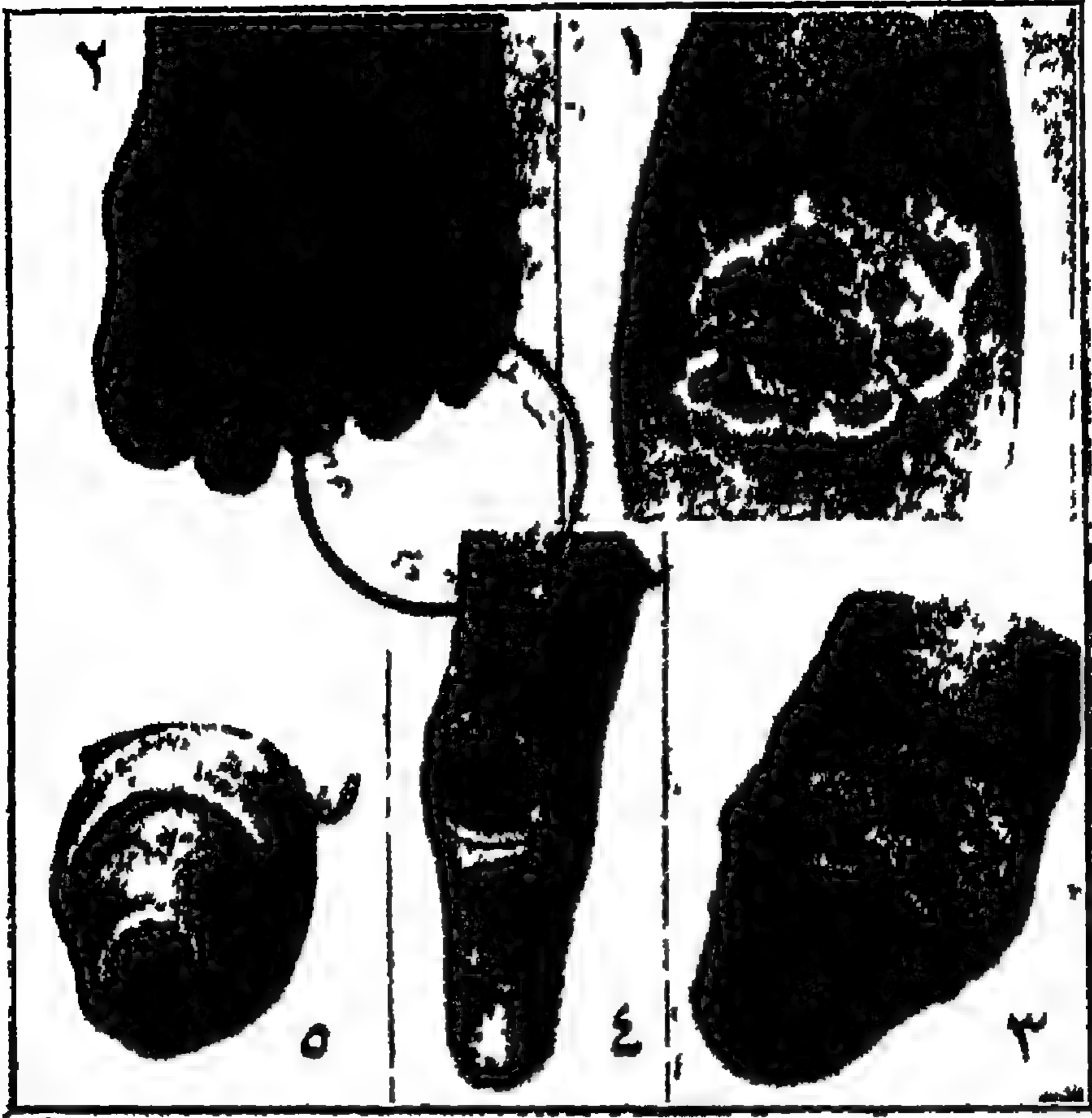


(رسم نمرة ٣٢)

- (١) تقرحات زهرية على الصفن (سكروتم) تظهر أحياناً فى دور تعميم العدوى .
- (٢) شاكرك على السفر الكبير مصحوب بالتصلب والورم المعتادين فى زهرى النساء .

حالات نادرة جداً ويشك في صحة تشخيصها - ويصاب الأطفال والشبان عادة بهذا المرض ، بعكس زهرى الحلييات الصغيرة إذ يظهر على الوجه وحول (الركبة) ويصاب به المرضى في مختلف الأعمار ، ويلاحظ القارىء انه يجب فحص المريض للتحقق من باقى أعراض الزهرى كالطفح المخاطية فى الفم..... الخ..... الخ ولا داعى للتمييز بين الجرب وزهرى الحلييات الصغيرة إذ يجب ملاحظة ما ذكرناه فى صحيفة ٦٤ عن الجرب مع ملاحظة باقى أعراض الزهرى . ويوجد بمصر مرض جلدى يسمى **صمو النيل** يشبه فى طفحه الجلدى زهرى الحلييات الصغيرة ، والتمييز بينهما يلاحظ أن الأول يظهر عادة فى الصيف قبل فيضان النيل الى المدة التى تسمى (زمته النيل) أو (زقة النيل) أى شهر اكتوبر تقريباً ، ويلاحظ ان الطفح يكون مصحوباً باحمرار عام فى الجلد خصوصاً على الوجه والعنق والصدر والظهر والذراعين وأحياناً على الساقين ولا يلاحظ ذلك اللون إلا فى البشرة البيضاء ويكون مصحوباً أحياناً (بهرش وأكلان) ولا يكون مصحوباً بأى أعراض أخرى .

وقبل ان نختتم الكلام على زهرى الحلييات نذكر الانواع الاتية وهى ليست انواعاً قائمة بذاتها بل هى زهرى حليمى له اسماء معروفة لدى العلماء بالنسبة لموقعه او لشكله وتركيبه . فعند ما تتجمع الحلييات بجوار بعضها تظهر بشكل سطح (الفراولة) او التوت الكبير ويكون سطح بعضها رطباً و سطح البعض الآخر جافاً ويعطونها اسم زهرى تونى (فرامبيوزيفورم سيفيليد) وهذا الطفح يظهر عادة على الوجه او العنق او الرأس (راجع رسم نمرة ٢٨) ويظهر فى دور تعميم العدوى ونادراً لما يظهر فى دور رجوع ظهور الاعراض . ويعطون اسم الصدفية الزهرية اليدوية والقدمية (بسورياسيس بالماريس ايه بلاتتاريس سيفيلينيكا) للصدفية الزهرية التى تظهر داخل الايدى وعلى بطن القدم ، وتعتبر من العلامات القوية المشخصة للزهرى . ويوجد نوع من الحلييات الزهرية يكثر ظهوره على الاعضاء التناسلية وحولها ، ولاحظت انه يظهر عند الرجال اكثر من النساء فى مصر والعكس فى اوربا ، وهو عبارة عن حلييات زهرية تكون متصالية حداثاً من وجود خيوط ليفية نتيجة الالتهاب الزهرى وهو طمع عنيد يقاوم العلاج ، ولاحظت انه بدون استعمال علاج (اينترامين) مع العلاج الرنيخى والرتبى يتعذر شفاء هذه الحلييات . ويعطون هذه الحلييات عادة اسم الحلييات المركبة جيداً وبالالمانية (اورجانيزيرته بايلن) اى (اورجانيزدبايولز) بالانجليزية ويتدر ذكرها فى المؤلفات الانجليزية . ويظهر هذا الطفح فى دور تعميم العدوى وليس مفرماً بالرجوع للظهور (ديكارنس) .



(رسم نمرة ٣٣)

(١) صمغية زهرية (جثا) جلدية متأكلة من الداخل ، وترى تأكلا منتظما بشكل
فنحات بالجلد يعطيها شكل (الغريال) ولذا يسميها بعضهم صمغية جلدية
غريالية .

(٢) زهرى الأظافر . ترى أظافر القدم متأكلة وترى حلقات زهرية عند
جذورها وتوجد خطوط صغيرة ممتدة على طول الأظافر .

(٣) هريز تناسلي على القضيب . ترى تقرحا بسيطاً سطحياً ويكون سطح القرح
المكشوف أصفرأ وسخاً (راجع باب الهريز التناسلي) وليس به تصلب .

(٤) شانكر نتيجة عدوى بما يسمونه الزهرى البرىء على اصبع طيب .

(٥) شانكر على الفتحة الامامية للقضيب .

(٣) الطفح الزهرى البثرى

(سيفيليس بوستيولوزا)

يندر ظهور هذا الطفح فى عصورنا الحالية لأنه طفح زهرى يظهر بعد مرور سنة على الأقل من يوم التعرض للعدوى وأحياناً يتأخر عن ذلك . وبما أننا أصبحنا وقد علم الجميع - اللهم الا بعض الجهلاء فى الأرياف والقرى - الحاجة القصوى لابتداء معالجة الزهرى بسرعة فيتعذر بقاء مريض مدة سنة كاملة بدون علاج . وقد كثر ظهور هذا النوع من الطفح فى القرنين الخامس عشر والسادس عشر حيث كان المرض يفتك بأوروبا فتكك الشنيع والناس جهل بأسراره عاجزون عن مقاومته . ويظهر الزهرى البثرى بظهور بثور صغيرة وسط الطفح الحليمى كما ذكرنا سابقاً، ويندر ظهور الطفح البثرى من ابتداء الأمر مستقلاً بذاته ، اللهم الا فى حالات الزهرى الخبيث حيث تظهر بثور كبيرة الحجم من أول الأمر وبسرعة غريبة تدهش أكبر الأطباء أحياناً لدرجة جعلت بعضهم يظنها مرض الجدرى .

ولا يظهر هذا الطفح الا على الأشخاص الضعاف البنية أو منهوكى القوى لأن القارىء يفهم بسهولة ان المرضى الآخرين يصابون بالزهرى الحليمى وتشفى حلقاتهم بدون أن تصل لدور التقيح فى وسطها فلا تظهر البثور . وأما ضعاف البنية فيكون ليكروب الزهرى تأثير كبير عليهم وليس لديهم من قوة مقاومة المرض ما يحمى كريات جسمهم من الاضمحلال السريع والتقيح داخل الحلقات لتصبح بثوراً . ويظهر الزهرى البثرى أيضاً فى شكلين :-

(١) زهرى البثور الكبيرة

(٢) زهرى البثور الصغيرة

(١) زهرى البثور الكبيرة

(لارج بوسنيولار سيفيليد)

يظهر زهرى البثور الكبيرة بأشكال متعددة تقتصر هنا على ذكر أهمها مع ملاحظة انه يتعذر اعتبار أى طفح زهرى كنوع واحد من هذه الأشكال إذ يظهر الطفح بشكل مركب أحياناً ولكننا نعطي الاسم لنوع الطفح المتغلب في الأشكال المركبة . وليلاحظ القارئ ان هذه القاعدة متبعة في تسمية كل طفح زهرى . وعند ما تظهر البثور الزهرية في حجم حبة العدس أو الحمص ويكون لونها نحاسياً قاتماً أو بنياً وفي وسطها الصديد كمادة صفراء أو غير ظاهرة لوجود طبقة سميكة من الجلد فوقها ، فيسمون الطفح « الجمرى الطائب الزهرى » (فاريسيلا سيفيليتيكا) وتكون البثور حينئذ مستديرة بارزة بشكل محدب وبعد ذلك تبتدىء تكون مديبة، وعند ما تقدم للشفاء يظهر في وسطها شكل حفرة صغيرة . وأحياناً تفتح البثرة ويخرج الصديد من داخلها ويحف فوق سطحها بشكل قشرة (كراستا) . ولكن عند ما تكون عملية التقيح شديدة يحصل تقرح في سطح البثرة ويتسع هذا التقرح وينتشر .

ويقسمون هذا الطفح الى نوعين الطفح المبعثر (ديسيمينييد) والطفح المتجمع (كونفلويانت) . فالطفح المبعثر يظهر كبثور مبعثرة هنا وهناك ويكثر ظهوره على الوجه والاكتاف والظهر والاطراف بالجهة القابضة (فليكسور) . ويندر ظهور هذا الطفح داخل الايدي او على بطن القدم عند الشبان او الكهول (١) . وينتشر هذا الطفح على الجسم ببطء وتظهر بعض البثور عقب البعض الآخر ولذا ترى صورة من بثور شفيت تماماً وغيرها سائرة للشفاء وغيرها حديثة الظهور وهذه صورة تساعد جداً على تشخيص الحالة كزهرى .

اما الطفح الملتحم فيظهر عادة داخل الايدي وعلى بطن القدم ويظهر غالباً عند الاطفال (١)
في الزهري الورداني ، واعتاد العلماء ان يسموه الذقاع الزهري (سيجوس سيفيليتيكوس)

ولما تظهر البثور الكبيرة عند جذور الشعر أو عند فتحات الغدد الشحمية
بالجلد (سييشص جلاندز) يعطون الطفح اسم القوباء الصفراء الزهرية
(ايميتيجو سيفيليتيكا)

ويندر ظهور هذا الطفح على الوجه أو الصدر أو الاطراف ويكثر ظهوره على
فروة الرأس أو بجذور شعر اللحية ويقل جداً ظهوره بشعر الشوارب .

وعند ما تظهر البثور بحجم كبير جداً كحجم (ابو فروة) أو حجم قطعة الخمسة
غروش يسمون الطفح البثرية الزهرية (ايكثيا سيفيليتيكا) وهنا تظهر البثور عادة
منفردة ويقل ظهورها متجمعة، وتظهر عادة على الرأس والاطراف السفلى أى الساقين
والفخذين . وتترى للبثور قشرة كبيرة (كراستا) اذا ما نزعت فيظهر سطح
البثرة مكشوفاً بلون أحمر قاتم أو نحاسي بني والافراز الذي فوقه صديدي ولكن
ليس بلون الصديد الأصفر العادي بل سائل بني أو صديد رمادي . ويكون
السطح المكشوف بشكل مستدير أو بشكل الكلاوى . وأحياناً يكون السطح
نازلاً قليلاً عن سطح الجلد السليم ولكنه عند ما يتأكل بشدة يكون نازلاً عن
سطح الجلد كثيراً بشكل حفرة صغيرة ويأخذ شكل الصغية الزهرية (جمًا)
التي تظهر في دور رجوع ظهور الاعراض وعندئذ يسمونها البثرية الزهرية العميقة
(ايكثيا پروفاندم) . وعند ما تكون هذه البثرية على الرأس ويتم شفاؤها فلا

(١) وقد لاحظ بعضهم ظهور هذا الطفح في حالات الزهري المكتسب اى غير الورداني .
ولا اذكر انه يوجد في كل مؤلفات الطب اكثر من خمس حالات ذكرها ايمرمان . وبافلوف .
وريكور . وبرويلان . ولا يحضرني الان ذكر اسم صاحب الحالة الخامسة . وقد رأينا حالة كهذه
مستشفى الجامعة الملكية ببرلين وانضج لنا اخيراً انه ولو ان المريض كان في الخامسة والعشرين
من عمره الا ان مرضه بالزهري كان وراثياً ايضاً . ولكن ذلك لم يمنع اعتبار الطفح في هذه
الحالة كنوع نادر الظهور .

يظهر شعر مكانها ويحل مكانها صلح تام لتأكل جذور الشعر من عملية التقرح العميق في البثرية .

(ب) زهرى البثور الصغيرة

تظهر البثور الصغيرة بحجم رأس الدبوس الصغير أو بحجم حبة الخردل ويكون لونها نحاسياً قانماً أو احمرّاً بنيّاً وتظهر عند جذور الشعر أو عند فتحات الغدد الشحمية بالجلد . وتظهر البثور منفردة أو في مجموعات ويندر ظهورها ملتصقة ببعضها ويسمون طفح البثور الصغيرة الاكثة الزهرية (اكنى سيفيليتيكا) ولا يوجد أى نوع آخر غير الاكثة لطفح البثور الصغيرة . ويظهر عادة على الجبهة وفروة الرأس والاطراف ويمكن ظهوره على أى جزء من الجسم وينتشر ببطء وأحياناً يقف نمو الطفح اسبوعين أو ثلاثة ويرجع للنمو والانتشار ويحصل غالباً ارتفاع في درجة الحرارة عند عودة الطفح كل مرة للنمو ويستمر هكذا بضعة شهور في نشاط وخمول ، وإذا عمل العلاج اللازم يشفى المريض من الطفح ويترك الطفح مكانه قطعاً نحاسية أو رمادية .

وعلى العموم فان زهرى البثور بنوعيه يظهر عادة بعد سنة من تاريخ العدوى وربما يتأخر عن هذا الميعاد قليلاً ويندر ظهوره قبل هذا الميعاد . (١) ولا يسبق ظهور زهرى البثور اعراض منذرة كثيرة كغيره من الأنواع ولكن يصحبه اعراض كثيرة كالتهاب الغدد الليمفاوية وتضخمها وتصلبها وتغيرات زهرية في الخصيتين أو الأظافر أو العيون .

وعند ظهور البثور في دور تعميم العدوى تكون منتشرة وكثيرة وأحياناً مجتمعة بعكس عند ظهورها في دور رجوع ظهور الاعراض اذ تكون منفردة وعددها قليل . وتشفى البثور الزهرية عادة في بضعة شهور اللهم الا اذا عمل العلاج اللازم فأنها تشفى أحياناً في اسبوع أو اسبوعين .

التشخيص - لا يلاقى الأطباء صعوبة في تشخيص الطفح الزهري البثرى لأنه يكون مصحوباً بباقي اعراض الزهري التي تكون واضحة جداً عند ما تصحب هذا الطفح . فتظهر مثلاً لطفح مخاطية على الفم واللسان ويوجد صلح أحياناً بالرأس والتهابات زهرية بقزحية العين واوجاع بالعظام . ويكون الطفح نفسه متعدد الاشكال اى تظهر مع البثور حلقات كبيرة او وردية زهرية وحلقات وهكذا . ولتشخيص الاكثة الزهرية من الاكثة البسيطة (اكنى فالجارس) يلاحظ ان الاكثة البسيطة تكون بلون احمر وتظهر على الوجه والظهر غالباً بعكسها في الزهري ولا تكون مصحوبة بالأعراض الزهرية الاخرى . ويكون الطفح بشكل واحد اى غير متعدد الأشكال وليلاحظ القارىء ان وجود حلقات او وردية او لطفح وحلقات مع البثور مثلاً يعتبر من العلامات القاطعة لتشخيص الطفح الزهري . ونفس هذه المميزات تميز الاكثة الزهرية عن الاكثة المجرية (اكنى فاروليفورميس) التي تظهر في لونها وشكلها كشكل البثور الزهرية وتكون متقحة وكبيرة في حجمها عن البثور الزهرية .

(٤) الطفح الزهري العقدي (سيفيليس نودوزا . تيويرص سيفيليس)

الصمغية الزهرية (جما)

لا يظهر هذا الطفح عادة الا في دور رجوع الاعراض ولو انه يظهر كطفح اولى في الزهري الخبيث (سيفيليس مالىجنا) ولذا نرجيء الكلام عليه الى باب دور رجوع الأعراض

(٥) الزهري المصبوغ

(بيجمينتيد سيفيليس)

تظهر بعض التغيرات في لون الجلد أحياناً نتيجة الزهري وتنحصر هذه التغيرات في نقص كبير في المواد الملونة للجلد (بيجمينت اتروفي) فتنتج بقع لونها (باهت)

أبيض ، يابضها ظاهر محسوس حتى في أصحاب البشرة البيضاء ، ويسمى الطفح حينئذ زهرى البقع البيضاء (ليوكوديرما سيفيليكاً) .^(١) وفي ازدياد المواد الملونة للجلد (بيجميت هيرتروفي) فتنتج بقع لونها (غامق) قاتم بشكل محسوس ويسمى الطفح حينئذ زهرى البقع القاتمة او الزهرى المصبوغ (بيجميتيد سيفيليس)

(١) زهرى البقع البيضاء

يظهر هذا الطفح بشكل بقع صغيرة بحجم حبة العدس أو رأس الدبوس لونها أبيض فاتح عن لون الجلد المحيط بها وتنتشر منفردة بعيدة عن بعضها في اشكال غير منتظمة وتكون البقع مستديرة أو يضاوية وتظهر نادراً بشكل مثلثات صغيرة غير منتظمة ويكثر ظهورها على العنق حيث تتسع البقع وتلتحم ببعضها وتمتد حول العنق كله بشكل (عقد اللؤلؤ) المركب من صفوف كثيرة ويكون عرض العقد ٢ الى ٨ سنتيمترات فوق العنق ويسميه بعضهم عقد الهة الحب (كولييه دى فينيس) . وأحياناً ينتشر الطفح على اجزاء الجسم الاخرى وتتسع البقع بحجم المليم ويصير الجلد بلون الرخام مبقعاً . ويصل حجم البقع الى قطعة الخمسة قروش وتلتحم فيتكون منها مساحات واسعة أحياناً . ولوحظ^(٢) ان هذا الطفح يندر ظهوره على الاعضاء التناسلية . ولكنني رأيت هنا حالتين واحدة ظهرت فيها لطفح على قضيب عمدة من القرى وأخرى انتشر فيها الطفح خارج الشفرين الكبيرين لسيدة ، وامتد على الفخذين وأسفل البطن . وعالجت الحالتين فاخفى البياض تماماً في الحالة الثانية وتحسن قليلاً في الحالة الأولى

(١) وعند ما يظهر على اى جزء من اجزاء الجسم به شعر يتساقط الشعر ولا يعود للظهور عادة (هاسلوند . فينجر)

ولا حظ (براند فينر) ظهور زهرى البقع البيضاء مع الصلع الزهرى (الويشياسيفيليتيكا) في الرجال

(٢) لويف

ولوحظ^(١) ان هذا الطفح يظهر بكثرة على النساء ويندر ظهوره على الرجال^(٢) ولم يظهر زهرى البقع البيضاء على مرضى الزهرى الوراثى^(٣) ويظهر زهرى البقع البيضاء بعد مرور خمسة الى سبعة شهور من تاريخ العدوى ولو أنه يظهر أحياناً بعد مرور سنة أو سنتين وعلى ذلك فهو طفح يظهر فى دور تعميم العدوى ولكنه يظهر أحياناً فى دور رجوع الاعراض^(٤) اذ يظهر على بعض المرضى بعد مرور ٤ الى ٦ سنوات من تاريخ العدوى ويظن بعض العلماء ان زهرى البقع البيضاء يظهر أحياناً مكان طفح لطخي زهرى (ماكيولار سيفليس) ولكنه لا يظهر مكان زهرى الحليات (بايولار سيفليس^(٥)) . ويعتقد ماكس جوزيف ان زهرى البقع البيضاء يظهر أحياناً على جلد يكون ظهر عليه طفح زهرى آخر من قبل ، أو يظهر على جلد لم يظهر عليه أى طفح من قبل .

ويعتبر هذا الطفح علامة قوية من علامات الزهرى ولا توجد صعوبة فى تشخيصه من البقع البيضاء التى تظهر فى أمراض الجلد الأخرى ، فمثلاً توجد بقع بيضاء أيضاً فى بعض حالات الصدفية البسيطة المزمنة يسمونها البقع البيضاء للصدفية (ليوكوديرما بسورياتيكوم) ولكنها تختلف عن طفح الزهرى بوجود باقى علامات الصدفية البسيطة (راجع صحيفة ٩٣) الأخرى . وتتميز البقع البيضاء الزهرية عن البقع البيضاء التى ترى فى بعض حالات (بترياسيس فيرميكالور) بوجود قشور

(١) لاحظ « براند فيسر » ظهور الطفح على ٣٨٥ امرأة و ٣٦ من الرجال . ولاحظ « نيسر » ظهور الطفح على ٤٥ فى المائة من النساء المريضات بالزهرى وعلى ٤ فى المائة من الرجال المرضى

(٢) لاحظ « نيسر » ان أكثر الرجال الذين يظهر عليهم هذا الطفح يكونون من الحدادين والخبازين او ممن يشتغلون بالنار الحادة .

(٣) ولو ان « زهيرنوف » نشر حالتين من هذا النوع بالزهرى الوراثى الا أنه يشك فى صحة التشخيص الذى ذكره .

(٤) لاحظ « براند فيسر » ظهور صدفية زهرية على ٧ نساء ورجلين من ٤٢١ مريضاً فى نفس الوقت الذى ظهر فيه زهرى البقع البيضاء عليهم

(٥) « براند فيسر » .



(رسم نمرة ٣٤)

زهري البقع البيضاء على عنق سيدة في العشرين من عمرها ظهر على عنقها ولم يكن
ظهر عليه قبل ذلك أى طفح زهري آخر (ماكس جوزيف) .

صغيرة على سطح البقع الأخيرة ولا يكون لون البقع ايضاً تماماً في كل البقعة بل يوجد
وسط البقعة بعض احمرار بسيط ، وبفحص عينة من سطح الطفح يوجد (ميكروسبورون
فورفور) - راجع صحيفة ٨٦) .

وعلى العموم يجب مراعاة باقى أعراض وعلامات الزهري عند تشخيص أى حالة .

(ب) زهري البقع القائمة او الزهري المصبوغ

تظهر بقع قائمة أو سوداء تقريباً وتكون بحجم القرش الصاغ أو قطعة الخمسة قروش
أو الريال وتكون منتظمة في شكلها أى مستديرة أو بيضاوية وأحياناً تكون غير منتظمة،
ولا تكون خارجة عن سطح الجلد ، وتظهر عادة مكان الصمغيات الزهرية ويكون
سطحها حينئذ نحاسياً أسوداً لامعاً ، وتظهر على الاطراف وتعتبر في أغلب الاحيان
علامة قاطعة للزهري اذ لا يوجد مرض جلدى آخر تتسبب عنه بقع كهذه غير الزهري .
ومما تقدم يفهم القارىء ان هذه البقع تظهر في دور رجوع ظهور الأعراض . ولكن
يوجد نوع من البقع القائمة يظهر في دور تعميم العدوى ، ويتقسم هذا النوع الى قسمين :-

قسم تظهر فيه البقع مكان طفح زهرى آخر يكون سبق ظهوره ، وقسم تظهر فيه البقع هكذا من أول الامر وبدون أن يكون سبقها طفح آخر . ويعتبر ظهور طفح الزهرى المصبوغ في أول أدوار المرض من أحسن العلامات المشخصة للزهرى. ^(١)

ولا توجد أى صعوبة في تشخيص هذا الطفح اذا لوحظ لونه القاتم جداً او الاسود تقريباً . وليلاحظ القارىء أن زهرى البقع القاتمة لا يظهر جيداً في كثير من سكان القطر المصرى كزهرى البقع البيضاء لان لون جلد المرضى نفسه قاتم ، ولكنه يظهر جيداً على جلد السيدات (غير فلاحات المزارع) وكل من كان لون جلدهم ايضاً أو غير قاتم .

ولوحظ أن البقع القاتمة تشفى بسرعة أكثر من زهرى البقع البيضاء بعد عمل العلاج اللازم .

زهرى الشعر والاظافر

(١) الصلع الزهرى (الويدشيا سيفيليتيكا)

لاحظ فورنييه أن الشعر يتساقط في حالات كثيرة خصوصاً عند السيدات في المدة التى تسبق دور تعميم العدوى أى مدة ظهور الاعراض المنذرة وفى نفس دور تعميم العدوى ، ولم يلاحظ أى تغير يذكر فى نفس جلد الرأس يمكن أن نعلل به تساقط الشعر بهذا الشكل . وبعد ذلك علل (جيوفانيني) تساقط الشعر بوجود افراز من الكريات البيضاء (ليوكوسيت ايكسيوديشن) محيط بخارج الأوعية (پيريقاسكيلولار) نتيجة الالتهاب الزهرى وينتج عن هذا الافراز انحباس التغذية عن النصف الاسفل لجراب الشعرة فتبتدىء تضمحل وتسقط . ويظن بعضهم أن نفس الشعرة تفقد جزءاً كبيراً من صلابتها ولونها اللامع الجميل وتضمحل وتسقط . ولوحظ أن ذلك يحصل عند المرضى الذين يصابون بنوع من مرض القشور (سييوريا) او طفح زهرى في جلد الرأس ، لطنخى كان او حليمى او بثرى ، يتسبب عنه سقوط الشعر

خصوصاً في نوعي الاكثة الزهرية والبثرة الزهرية العميقة (راجع صحيفتي ١٠٨ و ١٠٩) . حيث لا تمكن عودة ظهور الشعر حتى بعد العلاج .

ويتساقط شعر الرأس في كل أجزائها بدون تمييز ولكن يحصل أحياناً أن يتساقط الشعر في النصف الامامي للرأس فبعد ان كان كثيفاً يصير قليلاً ولا تلاحظ أى مساحة ظاهرة خالية من الشعر تماماً ويسمى هذا شبه صلع أو صلع كاذب (يسودو الويشيا) ، ويحصل مثل هذا الصلع الكاذب في حالات الافراط التناسلي الزائد أو عقب استعمال بعض العادات السرية عند الشبان والشابات - راجع « كتاب الضعف التناسلي » للدكتور فخري - ويشفى هذا النوع بعد عمل العلاج الزهري اللازم ويستحسن في نفس الوقت استعمال علاج موضعي كما سيجيء الكلام في باب العلاج

ويوجد نوع آخر يحصل فيه صلع غير تام أى صلع جزئي أو صلع المنطقة (الويشيا اراياتا) إذ يسقط الشعر في مساحة من الرأس صغيرة أو كبيرة حسب انتشار المرض ويكثر هذا في الجزء الخلفي للرأس أو على جانبي الرأس . ولوحظ ^(١) ان النوع الثاني يتأخر في ظهوره عن النوع الأول إذ يظهر أحياناً بعد ٤ الى ٦ شهور من تاريخ العدوى حالة كون النوع الأول يظهر أحياناً مبكراً جداً أى بعد مرور ٧ الى ١٠ أسابيع . وعلى العموم يظهر تساقط الشعر في بحر السنة الأولى بعد العدوى ، ولا يتأخر ^(٢) في ظهوره عن سنة ونصف .

ويتساقط الشعر في مواضع مختلفة غير الرأس عند الأشخاص المصابين بالزهري وبضعف عام في قواهم (مارازم) نتيجة الاكثار من تعاطي الكحوليات أو نتيجة الافراط التناسلي أو امراض أخرى كفقر الدم الشديد أو السل . . . الخ فيسقط شعر حواجب العيون ورموشها وشعر الشوارب واللحية وشعر تحت الابط وشعر العانة . ولوحظ حصول ذلك بكثرة في حالات الزهري الخبيث فيسقط الشعر ويظهر طفح زهري البثور في نفس الوقت .

وقد لاحظت في أكبر من ٣٢ حالة زهرى نسائي نوعاً من أمراض الشعر النادرة ولم يذكره المؤلفون قبل الآن وهو ان الشعر في حالات الشانكر التاسلي عند بعض النساء هنا يبتدىء يفقد جزءاً من لمعانه (ويتقصف) وتنشق اطراف الشعر الى فرعين أو ثلاثة ويبتدىء الشعر يتناقص في طوله في بعض الحالات بسرعة غريبة مزعجة ، وتتساقط شعرات متوالية ولكن بنسبة واحدة في سطح الرأس فلا يلاحظ صلع المنطقة بل توجد عدة مناطق بشكل دوائر صغيرة قطرها لا يتجاوز ٥ الى ٧ ملليمترًا خالية من الشعر ومتباعدة عن بعضها بقدر سنتيمتر واحد . ولا يسع مؤلفنا هذا الأوصاف الهيستولوجية لهذا المرض ^(١) . وفي حالتين من الحالات السابقة استشرت لمعالجة الشعر المتساقط فقط ولم تكن السيدتان قد لاحظتا القرحة الزهرية التي عندهما ولكن شكل الشعر استلقت نظري لتشخيص الزهرى خصوصاً واني كنت لاحظت ذلك في ١٠ حالات سابقة فبحثت عن الشانكر فوجدته في الحالتين . وقد وجدت بعد ٥ او ٦ تجارب ان استعمال علاج موضعي ^(٢) مع استعمال علاج الزهرى العمومي اتى بفائدة عظيمة اذ امتنع تساقط الشعر بعد ١٠ أيام من العلاج وابتدأ الشعر ينمو حيثما سقط بعد مضي ثلاثة شهور فقط . وقد زارتني سيدة شابة بعد مرور ٧ شهور من انتهاء علاجها فوجدت شعرها طويلاً وكثيفاً ولا معاً كما كان قبل المرض .

(٢) زهرى الاظافر

(١) الداحس الزهرى

الداحس الزهرى (اونيكاسيفيليتيكا) هو التهاب الأظافر الزهرى وينقسم الى نوعين . التهاب الطفر والتهاب فراش الطفر . فالتهاب الطفر يبتدىء بظهور تغيرات في لون وتشكل الطفر الذي يبتدىء يفقد لونه اللامع الوردي فيصير

(١) سينشر المؤلف تفاصيل ملاحظته هذا النوع الجديد من مرض الشعر عند ما يتم مباحثة الهيستولوجية فيه .

(٢) راجع باب العلاج ، ووجدت ان استخدام الاشعة فوق البنفسجية مفيد في هذه الحالات .



(رسم نمرة ٣٥)

- (١) داحس زهرى
(٢) التهاب بلحى زهرى وراثى (داکتيليتيس سيفيليتیکا کونجینتاليس) وسماه
هو خزینجر التهاب السلامية الزهرى الوراثى (فالابجبتيس سيفيليتیکا کونجینتاليس)
وهو يظهر غالباً فى سنى الحياة الأولى للاطفال المصابين بالزهرى الہ راقى (نقلاً عن يفارد).

اصفرأ رمادياً حتى يصل فى بعض الحالات الى لون بنى اسود ويصير (ناشفاً)
يتكسر ويحصل فيه تشقق يكون غالباً ممتداً على طول الظفر كخطوط متوازية
وتظهر هذه الصورة غالباً فى النصف الأول لدور تعميم العدوى . وأحياناً يظهر
الالتهاب بشكل حاد جداً فيصير النصف الخلفى للأظافر خشناً ومشققاً ولونه قائماً
مع ان النصف الامامى يكون حافظاً للونه اللامع . وتصير الأظافر سمیكة وترى كأنها
متضخمة وصلبة وكأنما يوجد ورم أو أورام صغيرة فى جسم الظفر . ولوحظ اجتماع
النوعين ، الالتهاب الخفيف والالتهاب الشديد ، مع التهاب فراش الأظافر فى بعض
الحالات ^(١) فتظهر الأظافر بشكل اسود خشن متأكّل . ويبتدىء التهاب فراش

الظفر بتغير لون النصف الامامى للظفر الى لون أصفر الى اصفر قاتم، الى اصفر بنى مع بقاء النصف الخلقى بلونه الطبيعى، ويرى خط فاصل بين نصف الظفر الامامى المريض ونصفه الخلقى السليم. ويتبدىء النصف الامامى ينفصل عن فراش الظفر بوجود غازات هوائية بينهما، ويتبدىء يتأكل فيسقط ويرى النصف الخلقى باقياً بشكله السليم. الا انه لوحظ بعض تضخم قليل فى صمك الظفر الباقى^(١). وتشفى أنواع الداحس الزهرى بسهولة بعد عمل العلاج اللازم وتسقط اجزاء الأظافر الباقية وينمو مكانها أظافر سليمة ولكن ببطء. الا انه فى الحالات التى تكون ازمنت وطال فيها مرض الأظافر تنمو أظافر سليمة مكانها بعد العلاج ولكنها تكون عادة قصيرة جداً

ولا توجد أى مشقة فى تشخيص الداحس الزهرى لأنه يكون عادة مصحوباً باعراض الزهرى الأخرى خصوصاً وجود الصدفية الزهرية اليدوية والقدمية (راجع صحيفة ١٠٤). ولوحظ ان ظهوره يكثر على أصابع الأيدي أكثر من اصابع القدم. ولا يشبه فى شكله الا شكل الأظافر التى تصاب بالمرض فى الحزاز الياقوتى والاكرزىما والصدفية البسيطة عندما تكون جميعها مزمنة إذ لا تتأثر الأظافر فى أكثر هذه الأمراض الجلدية الا اذا ازمنت. ولكن التشخيص يسهل اذا لوحظت باقى اعراض هذه الامراض^(٢)

وقد قسم (ادمسون وماك دوناخ)^(٣) الداحس الزهرى الى ثلاثة أنواع

(١) نوع يصير فيه الاظافر (ناشئة) وتتكرر بسهولة فتتشقق الاطراف الخارجية للأظافر ويصير شكلها كحافة المنشار. ويكثر هذا فى اظافر الايدي. وقد لاحظ فورنييه مثل هذه الحالات وهو يظن انها تظهر بكثرة عند النساء واعطاها فورنييه اسم (اونيكسيس كراكيليه)

(١) اوتا

(٢) ننصح القارئ بمراجعة بعض المؤلفات عن زهرى الأظافر ليدرس فيها باتولوجيا المرض جيداً وأهمها مؤلفات كوهن واوتا وكابوسى. ويوجد للدلالة هيلير مؤلف ثمين جداً فى امراض الأظافر اسمه

Die Krankheiten der Nägel von Holler, Berlin 1900.

Brit Journ. of Dermat., 1911, xxiii., 68. (٣)

(ب) نوع تظهر فيه بقع بيضاء على سطح الأظافر فينخفض سطح الظفر تحت كل نقطة وتظهر مكان هذه النقاط حفر صغيرة منتظمة في صفوف مستقيمة من أسفل الظفر الى طرفه الامامى وتترك هذه النقاط البيضاء سطحاً خشناً اسمرأ او اسوداً مكانها .

(ج) ونوع ثالث يتفصل فيه الظفر انفصالاً تاماً او جزئياً عن فراش الظفر وبدون أن يكون مصحوباً بألم قط وبعد ذلك ينمو مكانه ظفر آخر سليم أو من النوع الاول . وقد لاحظ مثل هذا النوع باتى وسابورو وفورنييه .

وأحياناً يظهر نوع هو عبارة عن مزيج من نوع (ا) و (ب) . ولاحظ ماك دوناخ ان هذه الانواع لا تشفى جيداً بعد العلاج ، اى انها لا تسترجع شكلها الجميل ابداً .

(ب) خارج الداحس الزهرى (پارونيكيا سيفيليتيكا)

يظهر هذا المرض نتيجة تقرح الحليمات أو البثور أو الصمغيات الزهرية التى تظهر حول الأظافر أو على فراش الأظافر ويبتدىء بظهور تورم بسيط مع احمرار ازرق حول الأظافر ، ويبتدىء هذا التورم يكبر ويتقرح أحياناً . ويكون المرض مصحوباً بألم شديد فى بعض الحالات وبألم خفيف فى البعض الآخر . ويكثر ظهور الورم فى أسفل الظفر وحوله حيث يكثر التقرح ، ولكن يصاب أحياناً فراش الظفر بهذا الورم فينفصل الظفر كله . وأحياناً يصاب نفس الظفر بالتهاب تقرحى فيتغير لونه ويتضخم ويصير الظفر رخواً رطباً ويتأكل جزء منه أو كله ، وأحياناً يُصاب المريض بالتهاب ليمفاوى^(١) بالأصابع نتيجة هذا المرض فيصير الذراع احمرأ ملتهباً متورماً

ويظهر المرض على أصابع الأيدى أو الأقدام ولوحظ ان التقرح يبتدىء عقب اصابة خفيفة من حادثة لأصابع الأيدى أو الأقدام ، ويكثر ظهور المرض على الأقدام لأنها تتعرض كثيراً لضغط الحذاء (الجزمه) فى حالات بعض من يستعملون احذية ضيقة صغيرة .

ويظهر المرض عادة فى دور تعميم العدوى ولكنه يظهر متأخراً فى هذا الدور ، اذ يظهر بعد مرور ٦ اشهر الى سنة ونصف من تاريخ العدوى

ولوحظ ظهور هذا المرض في بعض حالات الزهري الوراثة عند بعض الأطفال وتكون حالة أمثال هؤلاء الأطفال خطيرة وقد تنتهي بالموت رغماً عن العلاج .
وقد يشفي هذا المرض بعد علاج موضعي وبعد العلاج العام للزهري ، ولكن ذلك يستدعي مرور بضعة شهور أو سنة أو أكثر . وفي كثير من هذه الحالات وجدت ميكروبات سبيروشيتا باليداء في التقرحات الزهرية التي حول الظفر ، واستلفت نظري لذلك ما كتبه (كاين . وارنينج) في هذا الموضوع لأنهما أول من لاحظ وجود هذا الميكروب في هذه التقرحات .

ويعطى العلماء أسماء كثيرة لأنواع مختلفة من زهري الأظافر ، منها الداحس الزهري الجاف - الناشف - (اونيكياسيكا سيفيليتيكا) وغيره ، وكنت أحب أن أطيل شرح زهري الأظافر لأنه موضوع واسع جداً ولكني اكتفى بما تقدم تاركا التفاصيل للمؤلف الآخر .

والآن وقد انتهينا من زهري الجلد في دور تعميم العدوى أرى أن أتكلم عن باقي تطورات المرض في أعضاء الجسم الأخرى بإجمال لأن هذا المؤلف لا يسهل تفاصيل الزهري في مختلف الأجهزة . وقد أطلت الشرح في زهري الجلد لأن الأعراض الجلدية هي أهم الأعراض التي تظهر للطبيب عادة عند تشخيص أي حالة وأما أعراض الأعضاء الأخرى فلا يحتاج لمعرفة غير الاختصاصيين وسنكتبها تفصيلاً في مؤلفنا الآخر كما جاء في المقدمة . إلا أنني أرى نفسي مضطراً لشرح زهري الفم شرحاً مفصلاً بعض التفاصيل لأهمية الأعراض التي تظهر داخل الفم من وجهة التشخيص والعلاج .

زهري الفم

يكتفي المؤلف هنا بذكر أهم النقاط التي يحتاج لمعرفة الأطباء عادة في التشخيص الزهري لأن شرح زهري الفم بشكل واف لا يسمح به حجم هذا الكتاب لما يحوي هذا الموضوع من مباحث واسعة وملاحظات كثير من العلماء وتعدد آرائهم

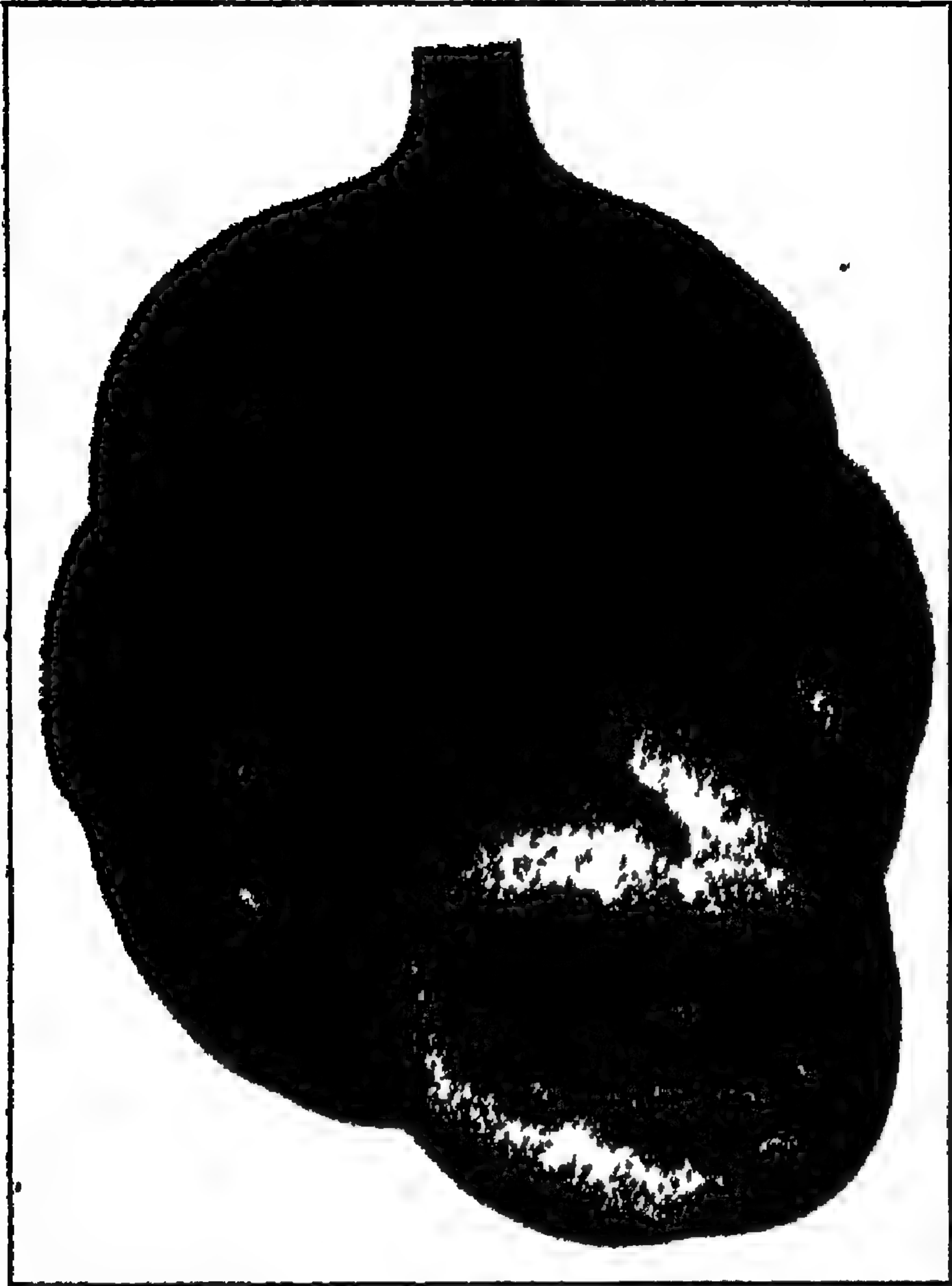
ونظرياتهم وليلاحظ القارىء اننا سنجتهد أن نختصر هذا الباب ولكننا سنوفيه بقدر الامكان لعلاقته المباشرة بطرق التشخيص فى الحالات الاعتيادية . ويعلم القارىء ان داخل الفم مفروش بسطح مخاطى (ميوكص ميمبرن) وتصاب السطوح المخاطية بتغيرات زهرية تشبه التغيرات التى تصيب الجلد نفسه ولكن توجد طبعا فوارق قليلة بقدر الفرق بين تركيب الجلد وتركيب السطوح المخاطية فتصاب السطوح المخاطية بالطفح الزهرى اللطخى كالجلد ولكن اللطخ هنا لا تكون منفردة عن بعضها بل تكون متقاربة وأحيانا مختلطة فترى اللطخة متسعة وغير منتظمة فى شكلها كما هى فى الجلد .

وتظهر على السطوح المخاطية لطع مخاطية (ميوكص باتشير) وهى فى الحقيقة طفح حليمى فى تركيبها ولكنه لوحوده على سطح مخاطى يتطور فتظهر اللطع المخاطية بشكل لطع صغيرة بحجم حبة العدس أو الحمص الأبيض غير مرتفعة كثيرا عن السطوح المخاطية وسطحها رطب غير جاف ناعم كالقטיפنة ويكون لونه أولا عند ظهورها أحمرًا ويتغير فيصير ورديا فأبيضًا ويتحول عند ما يزمن الى أصفر أو أصفر وسخ رمادى ويكون السطح ابتداءً يتأكل فترى شبه حفرة صغيرة فى وسط اللطع وأحيانا تختلط اللطع ببعضها بعد اتساعها فيصير حجم اللطعة كحجم (ابو فروة) أو حجم قطعة الخمسة قروش . وعندما تتقدم اللطع فى المرض يتسدى سطح اللطع يتأكل كما قلنا فتظهر داخل الفم مساحات صغيرة متأكلة سطحها أحمر عليه افراز مصلي أو مصلي دموى ولو حظ أن هذه المساحات المتأكلة تكون معدية جدًا ويمكن أخذ عينة من سطحها توجد فيها فى كثير من الأحوال سيروشيتا باليدا وعندما تزمن هذه المساحات المتأكلة تتحول عادة الى أورام ثؤلولية صغيرة (راجع صحيفة ٩٦) أو تصير قرحًا مزمنة حاقها ظاهرة بارزة قليلا عن السطح المخاطى الموجودة عليه وهكذا تتغير طبقاً للقواعد الباثولوجية المعتادة

وتظهر على السطوح المخاطية صمغيات زهرية ولكنها تظهر فى رجوع ظهور الاعراض ايضاً ولذا سيأتى الكلام عليها فى هذا الدور (راجع مؤقنا رسم نمرة ٣٦ صحيفة ١٢٣)

وبعد هذه المقدمة البسيطة نرى أن نتكلم على زهري الفم . فيصاب الفم بالعدوى الزهرية كباقي اجزاء الجسم وفي الواقع تظهر القرحة الزهرية بالفم أكثر من أى جزء آخر من الجسم بعد الأعضاء التناسلية وذلك لعدد طرق العدوى هناك . وأهم اسباب العدوى هي القبلة أو العادات الأخرى التي يتبعها كثير من الناس من امتصاص الشفتين أو اللسان أو (عض الشفتين) فتظهر القرحة على الشفتين وأكثرها على الشفة السفلى وذلك لموقعها عند التقيل أو العادات الأخرى . وتظهر القرحة على الشفتين من استعمال الأدوات المنزلية للأكل والشرب وتظهر من استعمال الشيعة خصوصاً عند خدم القهاوى الذين يجربون الشيعة كثيراً قبل تقديمها (للزبان) وفي أوروبا عند طبقة (نافخى الزجاج) وتظهر قرحة زهرية على داخل (الخدين) أو اللسان غالباً (راجع الرسم نمرة ٢٧ فى القطاع الأول صحيفة ٩٧) أو على اللوزتين من استعمال العادات الافرنسية من تقيل فرج المرأة أو امتصاصه أو عمل نفس هذا العمل لقضيب الرجل . ولوحظ ^(١) ظهور قرحة زهرية بفم بعض الأطباء المولدين من عملية امتصاص المواد الموجودة فى فم الأطفال عند الولادة ويكون بعض الأطفال عادة مصاباً بالزهري الوراثى فتنقل العدوى لداخل فم الطيب . ولوحظ انتشار وباء القرحة الزهرية فى بعض القرى من استخدام (مرضعة) واحدة لعدة أطفال فينتقل بواسطتها المرض الى فم أطفال كثيرين .

وتوجد فوارق فى شكل الشانكر الذى يظهر على الشفتين أو اللسان أو اللوزتين ولكنها فوارق بسيطة إذ يظهر الشانكر على أى نقطة فى الشفتين ويكثر ظهوره فى وسط الشفة أو على جانبى وسطها ويظهر عادة كقرحة واحدة ولكن يظهر أحياناً متعدداً وقد يظهر الشانكر على الشفة وفى نفس الوقت يكون ظهر شانكر على الأعضاء التناسلية وذلك لحصول العدوى فى وقت واحد نتيجة العلاقات التمهوانية المزدوجة من قبلة وجماع . ولوحظ ^(٢) ظهور قرحة على الشفة واللسان والأعضاء التناسلية معاً وقد رأيت عند فتاة فى السابعة عشر من عمرها قرحة زهرية أولية على العين والشفة



(رسم نمرة ٣٦)

الصمغية الزهرية باللسان

(Glossitis Gommata)

صمغية ظهرت على اللسان لمدة ثلاثة شهور وهي عبارة عن علامة من علامات رجوع ظهور الأعراض لأنها ظهرت بعد مضي خمس سنوات من أعراض الزهري الأولية ، وترى التقرحات على سطح الصمغية في النصف الداخلي للسان وفي وسطه وفي نصفه الخارجي، وترى اللسان متضخما لأن الصمغية ممتدة من سطحه الأعلى للأسفل (مراسيك)

العليا وحلقة الثدي ولم يكن عندها قرحة على الأعضاء التناسلية ونتج ذلك من تعرضها لقبلات شديدة من رجل بقمه لطم مخاطية حديثة .

وتكون القرحة التي بالفم مصحوبة باحمرار بسيط حولها وإذا كانت على الشفة فتكون الشفة متورمة قليلا بقرب الشانكر ولا تظهر القرحة على اللسان الا على طرفه الامامى عادة ولوانها تظهر احيانا في وسط اللسان - راجع رسم نمرة ٢٧ - أو على حافته . ولما تظهر على اللوزتين تظهر عادة على واحدة منهما وينسب عنها قليل من الاحتقان ويشعر المريض بهيج بسيط في (زوره) خصوصا عند التدخين أو عند شرب أى شىء ساخن أو بارد . وتورم الغدد الليمفاوية التي لها ارتباط بمنطقة الفم وهي الغدد تحت الفكبة (صب ما كزىلارى) والغدد العنقية (سير فيكال) والغدد المؤخرية للرأس (او كسيبتال) والغدد الصدغية (تيمورال) وتصير هذه الغدد متورمة صلبة . ولوحظ ان ظهور الغدد تحت الفكبة بشكل الغدد الزهرية من أحسن العلامات التي تساعد على تشخيص زهرى الفم خصوصا وانها عند ما تكبر في هذه الحالات تعطى الوجه شكلا مخصوصا بتورمها على الجهة الموجودة بها القرحة

ويندر ظهور القرحة الزهرية على اللثة ولكنها تظهر هناك احيانا من العدوى بآلات أطباء الأسنان (راجع صحيفة ٣١) (١) .

ويندر حداً ظهور الشانكر على داخل الصدغ ولوان (ريتتر) لاحظ ظهور مثل هذه القرحة نتيجة العدوى بآلات أطباء الاسنان أيضاً .

ويلاقى الأطباء أحيانا مشقة في تشخيص القرحة الزهرية بالفم خصوصا للتمييز بينها وبين سرطان الفم ويجب في مثل هذه الحالات فحص الحالة جيدا وعمل عينة من القرحة لترى بها سبيروشيا واذا لم توجد فيفحص المريض لمعرفة وجود باقى أعراض الزهرى وتعمل له (ع . ف .)

وعلى العموم فان الطبيب يوجه نظره دائما للاعتقاد ان الحالة حالة زهرية حتى

(١) لاحظ فيرر ٧ حالات قرحة زهرية أولية على اللثة ولاحظ شيفر ظهور قرحتين واحدة على اللثة العليا بين السنتين الاماميتين والاخرى على الحنك الصلب (هارد بالان)

يثبت عكس ذلك . أى انه يعطى المريض نصيحة طيبة اذا أفهم المريض الحاجة الشديدة لعمل علاج للزهرى . ولا يجوز لأى سبب من الاسباب السماح لمريض بقرحة يظن أى طبيب فى العالم أنها سرطانات باللسان أو على الشفة بعمل عملية جراحية قبل استعمال علاج الزهرى اذ ثبت بالاختبار الطويل ^(١) ان كثيراً من هذه القرحة التى يظن أنها سرطانية خبيثة لم تكن الا قرحة زهرية عنيدة . وحرام والى مرة حرام تعريض أى مريض لعملية كعملية السرطان المنسعة الهائلة قبل اعطائه فرصة الشفاء بعلاج الزهرى اذ ربما تكون قرحته زهرية رغماً عن كل المظاهر الخارجية التى تجعل أشهر الجراحين أحياناً يقدمون على تشخيصها كحالة سرطان . ولا يخسر المريض شيئاً من عمل علاج الزهرى حتى اذا كان مرضه سرطاناً اذ كثيراً ما يكون عنده سرطان وزهرى معاً واذا لم يظهر تحسن سريع تحت علاج الزهرى فيعمل فحص باولوجى للسرطان . ولا توجد مشقة فى تمييز الشانكر بالفم من الهريز المختلف الاشكال أو من تسلخات نتيجة أصابة بالآلات راضة أو بسقوط على قطعة حجر على الارض أو لكه (بوكس) على الشفتين الى آخره

وعلى العموم يجب ملاحظة القواعد السابق ذكرها جميعها فى تشخيص حالات الشانكر . وتظهر اللطم المخاطية بالفم على الشفتين أو اللسان أو اللوزتين أو داخل الصدغ فى دور تعميم العدوى مع ظهور الوردية الزهرية عادة وأحياناً تتأخر عن ذلك قليلاً أو تسبق الوردية بوقت قصير وأحياناً تتضخم هذه اللطم المخاطية خصوصاً عند ظهورها على لسان بعض الرجال الذين يدخنون كثيراً أو يعضون الدخان أو يشربون الكحوليات بكثرة ولوحظت بكثرة عند المغنين والخطباء الذين يصابون بالزهرى (راجع رسم نمرة ٢٤ حرف ٢)

وعندما توجد مهيجات كثيرة كهذه لا يقف تضخم اللطم المخاطية التى على اللسان عند هذا الحد بل يتعداه الى سعى اللطم بواسطة هذا التهيج المستمر لتكوين طبقة

(١) هوفمان . كابوسى . فينجر . ريتتر . جيربويك . فيرشو . ماك دوناخ . ماكس جوزيف وغيرهم .

قرنية (ستراتم كورنيوم) كالطبقة القرنية الموجودة على سطح الجلد وعندئذ تسمى اللطع القرنية المزمنة (ليوكو بلاكيا) ويعتبر كثيرون هذه اللطع علامة مميزة للزهرى . وكثيراً ما تنتهى هذه اللطع بأن يصاب اللسان المصاب بها بمرض خيث كالسرطان .^(١)

ولما تظهر اللطع المخاطية على الشفتين عند زاويتي الفم تكون بشكل متفرح سمحجى (راجيديك باتشيز) .

وأحياناً تظهر اللطع المخاطية على الشفتين أو اللسان بشكل لطع بيضاء لبنية يعطونها اسم اللطع النصف شفاقة (پلاك أو بالين) بالالمانية أو (أو باليسنت باتشيز) بالانجليزية ويندر ذكرها فى المؤلفات الانجليزية . وتمتد هذه اللطع بشكل ثعبانى وتتسع وتتضخم أطرافها وتشفى من وسطها ويكثر ظهور هذا النوع من اللطع فى الحالات التى يظهر فيها طفح زهرى بثرى وأحسن وصف لسطح هذه اللطع هو الوصف الذى أعطاها اياه ماكس جوزيف اذ قال « ويكون لونها لبنياً أيضاً كما يحصل عند ما نمس سطحاً مخاطياً بحجر سلفات النحاس مساً خفيفاً » .

وأحياناً يكون مع اللطع المخاطية لطع وقرح متأكلة^(٢) لونها احمر وغير بارزة عن السطح المخاطى للفم وتظهر كأنما انتزعت طبقة رقيقة من سطحها بواسطة (موس حاد) .

وعلى العموم ولو أن اللطع المخاطية تظهر عادة فى دور تعميم العدوى الا انها مغرمة بالرجوع للظهور (ريكارنس) ويكثر ظهورها عند الرجال وقليل ظهورها عند النساء وتعليل ذلك أنها تظهر نتيجة تهيج سطح داخل الفم المخاطى باستعمال التدخين او الخمر او باهمال الاسنان ووساخة الفم وتكثر هذه الاشياء عند الرجال عنها عند النساء . وعند ما يعالج المريض جيداً تشفى هذه اللطع ولا تترك أثراً بعدها ولكن

(١) لاحظ فورنييه ان ٣٠ فى المائة ممن يصابون بهذه اللطع القرنية المزمنة يصابون بسرطان اللسان ولاحظ شينجارت ذلك فى ٢٢ فى المائة فقط من حالاته .

(٢) كابوسى

لوحظ (١) ان بعض اللطع عند ما يشفى يترك مكانه ندبه - أثر التحام - (ميكاتريكس) تظهر كحفرة صغيرة جداً وتبقى مكانها زمناً طويلاً .

وعند ما يظهر احمرار مع تورم قليل على الحنك الرخو (سوفت بالات) وعلى الغلصمة (يوفيو لا) وعلى اللوزتين ويشعر المريض بضيق فى تنفسه يسمى المرض حينئذ ضيق التنفس الزهرى (انجينا سيفيليتيكا) .

ويظن بعضهم (٢) ان حصول تقرح زهرى على اللوزتين يعقبه عدوى ثانوية من الفم فيمتص السطح المتقرح بعض الميكروبات فتدخل فى تيار الدم العمومى وذلك يتسبب عنه تطور فى شكل الزهرى فيصير زهرياً خيئاً . ولكننى اظن ان هذا التقدير غير صحيح لان مثل هذه الحالات تكون حقيقة مصحوبة بأعراض شديدة تشبه الزهرى الخيئ ولكن شدتها نتيجة طبيعية لوجود أعراض تسمم الدم الاخرى السابق ذكرها . وتظهر صمغيات زهرية على اللسان واللوزتين والحنك الرخو والحنك الصلب والبلعوم (فارينكس) وينتج عنها تقرحات عميقة وفتحات (٣) فى (سقف الحلق) اى الحنك الرخو والصلب . ويصحب هذه الفتحات من افرازات صديدية مستمرة تتساقط داخل الفم فتتلف الاسنان وتمتصها السطوح المخاطية بالفم ويبتلع بعضها المريض رغم ارادته فتتلف معدته والهضم كله . وتكون رائحة الفم كريهة والصوت خشناً يخرج من الانف - او كما يسميه الأهالى (اخنفاً) من وجود فتحة غير طبيعية موصلة الانف بالفم - ولكن كل هذا يحصل فى دور رجوع ظهور الاعراض عادة كباقي الصمغيات الزهرية وسنذكر شيئاً عنه فى هذا الدور

زهري باقى أعضاء الجسم

لا يسع هذا المؤلف وصفاً للزهري بباقي الجسم لان هذا يستدعى مؤلفاً واسعاً خاصاً بالزهري ولذا نكتفى هنا بالآتى :-

ان الزهري يصيب اى عضو واى جزء من أجزاء الجسم خصوصاً الاوردة والشرابين التى تصاب بالتصلب (سكليروزيس) وينتج عن هذا التصلب أمراض مختلفة الاشكال بل ينتج عنه قصر فى العمر نفسه وضعف فى جميع أعضاء الجسم الاخرى عن مقاومة الامراض والحميات المختلفة . وكثير من حالات الالتهابات التى بالرئين ناتج عن الزهري اذ يزور المريض كثيراً من الاطباء شاكياً من الشكوى من - الكحه - المزمنة وهم يشخصونها نزلة شعبية مزمنة وهى فى الواقع زهري بالرئين . وكثيراً ما يذهب المرضى للاطباء بصداع مزمن فيعطيهـم هؤلاء من العلاجات شيئاً كثيراً وفى الواقع هم يثنون من التهاب زهري مزمن بأغشية المنخ (كرونك سيفيليتيك مينينجيتيس) او من تأثير استعمال علاج زهري مضر عمل للمريض فى زمن سابق كما سيجىء فى باب العلاج . واكثر حالات الشلل الجزئى او الكلى ناتج عن الزهري . ويشكو مرضى كثيرون باشكال مختلفة من أمراض العيون او قصر النظر او رؤيا اشكال متحركة امام عيونهم مع عدم وجود اشكال حقيقية وكل هذا يجوز أن يكون ناتجاً عن الزهري . ويشكو مرضى بالآلام فى ركبهم او مفاصلهم او عظامهم واكثر هذه الحالات ناتج عن الزهري وهم لا يعلمون ولجورد عدم وجود اعراض هم يعرفونها وينسبونها للزهري لا يجتهد الواحد فى معالجة نفسه معالجة حقيقية وربما كان فى نفس الوقت ضحية لجهل طبيب ، عاجز عن تشخيص مرضه .

وبالاختصار فإن جميع أعضاء الجسم يجوز ان تصاب بالزهري وأقلها تعرضاً للاصابة بالزهري هو القلب على ما يظن كثيرون مع اننى أعتقد ان القلب أيضاً يصاب بالزهري بدرجة أكبر من الدرجة المعروفة ولكن عجز أطباء كثيرين عن تشخيص حالتهم جيداً وعدم وجود أعراض قاطعة واضحة لاشكال أمراض القلب وعدم تمكن العلم من الاطلاع على مجموعة كبيرة من نتائج تشرح دقيق لمثل هذه الحالات بعد الموت مع ملاحظة حالة القلب جيداً ، كل هذا ساعد فكرة ان القلب لا يصاب بالزهري كثيراً . ورغمما عن كل هذا فإن القلب يشكو من الزهري بطريق غير مباشر لأنه يتأثر بشدة من حالات الشرايين العامة وشرائينه الخاصة بتغذيته ، ولا يجهل أحد ان الشرايين تتأثر كثيراً بمرض الزهري ويصاب الغشاء المبطن للقلب (ايندوكارديوم)

وغشاؤه الخارجى (يبريكارديوم) بالالتهابات الزهرية . وأما أعضاء الحواس الخمسة الأخرى فأنها تتأثر بتأثر الاعصاب التى تشغلها وتحركها وأحياناً تتأثر بتأثر أجزاء هذه الاعضاء بالزهرى وأحياناً تتأثر بظهور أورام عظمية زهرية أو تآكلات فى الجزء العظمى المحيط بالعضو كالعين والاذن . هذا مجمل بسيط عن زهرى باقى أجزاء الجسم .
ونتقل الآن الى الكلام عن : -

(٤) دور خمول المرض

يبتدىء هذا الدور بانتهاء دور تعميم العدوى وقتها فى صحيفة ٦٦ ان دور خمول المرض هو دور نوم الميكروبات أو اختفاء المرض اختفاء ظاهرياً . وإذا أراد بعضهم المقارنة بين هذا الدور وبين ما اعتاد العلماء تسميته بالزهرى المختفى (لاتنت سيفيليس) فنقول له ان دور الزهرى المختفى أطول من دور خمول المرض لان كثيراً من الحالات التى توضع فى دور الاختفاء أو عدم الظهور (لاتنسى) تكون حالات من دور رجوع ظهور الاعراض اى تكون حالات انتهى فيها دور خمول المرض وتكون بها أعراض من أعراض نشاط المرض وفتكه بالجسم ولكنها تكون عادة أعراضاً دقيقة يصعب تشخيصها ولكنها موحودة وتدل على ان الميكروبات ليست نائمة (نون دور مانت) وأهم هذه الاعراض هى شعور المريض بالآلام بالعظام والمفاصل تفسر كثيراً بالآلام روماتزمية أو نتيجة أملاح بالمفاصل ، وأعراض عصبية كشعور المريض بتشنجات فى العضلات خصوصاً فى عضلات الساقين وعضلات العيون نتيجة التهاب زهرى مزمن بأعصابها (كرونك سيفيليتيك نيوريتيس) أو نتيجة التهاب زهرى ، مزمن بالعضلات أو بالعظام (كرونك سيفيليتيك ميوسيتيس او اوستييتيس) . أو شعور المريض بصداع مستمر وهو دليل على ابتداء نشاط المرض بالرأس ويكون نتيجة التهاب زهرى مزمن بأغشية المخ أو التهاب زهرى بالسحايا (سيفيليتيك بيريوستيتيس) أو التهاب زهرى بجيوب الرأس (هيد سينصيز) وهكذا ، وأحياناً يشعر المريض فجأة

(بدوخة) تستمر بضع ثوان وتنتهى فيستشير كزميله صاحب الصداع المزمّن مثلاً أطباء كثيرين فلا يفكر واحد منهم في الزهري بل يسرعون الى فحص القلب فقط ويشبعون المعدة بنصف العقاقير الموجودة بالصيدليات حالة كون هذا المريض يشكو من تأثر الجهاز العصبي بمرض الزهري بدرجة غير متقدمة في المرض لتستأقت نظر طبيبه . وأحياناً يرى المريض بعد ان ظن أنه ارتاح من شقاء مرض الزهري زمناً طويلاً بضعة حلقات قليلة تظهر عادة على الايدي أو عند المرفق أو على الوجه وتستمر هذه الحلقات بدون أى تأثير على صاحبها أو بدون تقرح زمناً يتراوح بين ٦ شهور الى سنة أو سنة ونصف وهى فى الحقيقة حلقات زهرية عائدة (ريكارنت بايولز) وبعد مرور الزمن اللائق بتبدىء تقرح وتترك مكانها تقرحات زهرية مزمنة يصعب علاجها بالطرق الاعتيادية ^(١) وفى نفس الوقت هى انذار بظهور دور رجوع ظهور الاعراض أى انها عند ابتداء ظهورها يكون دور خمول المرض قد انتهى وقد اعتاد الأطباء اعتبار هذه المدة من دور اختفاء المرض (لاتنسى) وهى فى الحقيقة اول مدة رجوع نشاط المرض ، ولكنهم اذا رأوا هذه الحلقات بشكائها العائد المشهور (راجع رسم نمرة ٣٠ صحيفة ١٠١) حيث تكون الحلقات متقاربة ومصطفة بشكل منتظم دائرى أو نصف دائرى وتحيط بها دائرة الاحمرار والتصلب قالوا انها حلقات عائدة وان المرض رجع للنشاط مع ان الحلقات العائدة تظهر فى حالات كثيرة ولا يهتم بها المرضى ولا يسألون الاطباء عنها ولذا لا يراها الاطباء فى شكلها الأول عند ظهورها الا بالصدفة أو اذا كانوا يبحثون عنها باهتمام مخصوص لتعيم مبحث ما . ومما تقدم يرى القارىء ان مدة الدور الذى نسميه دور خمول المرض هى فى الحقيقة أقصر من الدور الذى يسمى الآن عادة دور اختفاء المرض (لاتنت سيفيليس) لأن مدة الدور الأخير تشمل كما بينا جزءاً من دور رجوع الاعراض .

وإذا قارنا النتائج التى اعتاد العلماء أن يقدموها فى مباحثهم عن (ع . ف) وهى

(١) يلاحظ القارىء ان ظهور مثل هذه الحلقات العائدة علامة على ان المرض سيرجع بشدة ويكون مصحوباً باعراض حصبية شديدة وخطرة ولذا يجب عمل العلاج اللازم قبل استفحال المرض

« عملية فازرمان أو - تفاعل فازرمان » وجدنا فوارق عظيمة بينها يمكننا بدرس ملخصها أن نصل لتعليل ظاهر جلي لاعتبارنا دور خمول المرض أقصر من دور اختفاء المرض

فحص الدم في دور اختفاء الزهري بطريقة فازرمان وصل العلماء لنتائج مختلفة في احصائياتهم إذ وصل بعضهم لاعتبار النتيجة ايجابية في ٢٦ في المائة من حالاته وبعضهم في ٦٣ في المائة وبعضهم في ٥٤ في المائة ونعطى هنا نتائج (بوشكه) كعينة من النتائج بالمدرسة الزهرية الالمانية ونتائج (بروننج) وزملائه كعينة من نتائج المدرسة الزهرية الانجليزية

بوشكه	(١) ابتداء دور اختفاء الزهري	{	٤٠ في المائة +++
	(ايرلى لاتنت سيفيليس)		
	القسم الاخير من دور اختفاء الزهري	{	٣١ في المائة +++
	(ليت لاتنت سيفيليس)		
	متوسط نتائجه		٣٥ في المائة +++
بروننج وزملاؤه	(٢) دور اختفاء الزهري	{	٥٠ في المائة +++
	(لاتنت سيفيليس)		

ومما تقدم يرى القارئ الاختلاف البين بين النتائج التي وصل اليها العلماء بفحص دم المرضى في هذا الدور ونحن نعتقد أن نتيجة فحص الدم في دور خمول المرض تكون في أغلب الحالات سلبية ولا تزيد عن ١٥ في المائة ايجابية . وانما وجدت الزيادة في نتائج العلماء لأنهم يقسمون الزهري للثلاثة أقسام المعروفة ويعتبرون المدة التي تنقضي بين الدور الثاني والثالث مدة اختفاء المرض وهي في الحقيقة مركبة من الجزء الأخير من دورهم الثاني ومن دورنا خمول المرض ومن الجزء الاول من دورهم الثالث أو دورنا دور رجوع الاعراض . والنتائج الايجابية الزائدة في احصائياتهم ناتجة عن زيادة الحالات الايجابية الناتجة - كزيادة في حسابهم - من الجزء الاخير

للدور الثانى والجزء الاول من الدور الثالث . أو الناتجة من الجزء الاخير لدور تعميم العدوى والجزء الاول لدور رجوع ظهور الاعراض اذا استعملنا تقسيم الزهرى فى مؤلفنا .

واذا روجعت احصائياتهم فيلاحظ أيضا ان حالات كثيرة اعتبرت فى مجموعة بوشكه كحالات فى الدور الثالث ولذا لم تحسب فى تقدير نتيجة فحص الدم فى دور اختفاء المرض مع وجود حالات مثلها فى مجموعة بروننج وحسبت فى دور اختفاء المرض وبما ان نتيجة فحص الدم فى دورهم الثالث تكون ايجابية فى ٧٠ الى ٨٠ فى المائة فترى من ضم بعض حالات الدور الثالث الى حالات دور اختفاء المرض ان نتيجة فحص الدم تكون ايجابية طبعاً بنسبة اكبر ومن هذا نتجت الزيادة فى نتائج بروننج الايجابية . وقد لاحظت ان نتيجة فحص الدم فى الدور الذى أسميته دور دخول المرض كانت ايجابية فى ١٥ فى المائة تقريباً^(١) . ومن هذا يرى أن تشخيص الزهرى فى دور دخول المرض يكون صعباً وشاقاً لأنه لا توجد أعراض اكلينيكية يعول عليها ظاهرة وبفحص الدم تكون النتيجة سلبية فى اكثر الحالات وعند تشخيص المرض عند مريض يكون الطبيب امام حالة واحدة ليقرر مصيرها وليس امام احصائيات يراجعها ولذلك فان فحص الدم لا يساعدنا الا اذا كانت النتيجة ايجابية ولذا أنصح باتباع الطريقة^(٢) التى خدمتني فى حالات كثيرة إذ أخذت بواسطة ابرة وحقنة سائلا قليلا من الغدد الليمفاوية المتضخمة - وهى توجد عند كثير من المرضى فى حالات دخول المرض - وبفحص هذا السائل وجدت سيروشيتا باليدا فى اكثر من ٦٠ فى المائة من المرضى (عدد الحالات التى فحصتها بهذه الطريقة للآن هو ٣١ ايجابية وسط ٥٠ حالة) . وعلى العموم فبدرس تاريخ الحالة وبفحص المريض اكلينيكيًا وبعمل عينة من الغدد الليمفاوية اما بواسطة امتصاص السائل الليمفاوى بالحقنة أو باستخراج غدة ليمفاوية متضخمة بعملية جراحية صغيرة سطحية وبفحص قطاع منها يمكن الطبيب أن يشخص الزهرى فى دور دخول المرض . وعلى العموم سنشرح علاقة

(١) بفحص الدم ثلاث مرات متوالية وجد المؤلف ١٢ حالة ايجابية من ٨٠ حالة .

(٢) راجع صحيفة ٧٣ وصحيفة ٧٥

فحص الدم بطريقة فازرمان بدور خمول المرض وبغيره من أدوار الزهري عند ما
تكلم في باب خاص عن قيمة (ع . ف) في تشخيص الزهري

(٥) دور رجوع ظهور الاعراض

يبتدىء هذا الدور بانتهاء دور خمول المرض وبظهور الاعراض المختلفة المذكورة
في صحيفة (١٣٠) وهى أعراض يشكو بها المرضى عادة في جميع عيادات الاطباء الا
في عيادات الاخصائيين في الزهري اللهم الا اذا سألهم الاخصائيون عنها لأنهم
لا ينسبون هذه الاعراض للزهري أولا لجهلهم حقيقة الزهري وثانياً لأن الاطباء
الآخرين عودهم نسبة هذه الاعراض خطأ لأمراض أخرى . ومعنى ابتداء ظهور
هذه الاعراض هو ان الميكروبات التى كانت خاملة نائمة داخل الجسم تبتدىء تصحوا
من رقادها اما لقطع العلاج زمناً طويلاً أو لتهيج الجسم باصابة أو جرح أو
لضعف عام في القوى الحيوية عموماً عند المريض ويظن علماء كثيرون^(١) ان
الميكروبات تختفى عادة داخل الغدد الليمفاوية ويساعد على هذا الاعتقاد ما قام به
هوفمان وبوشكه من الابحاث (راجع صحيفة ٧٣) ولذا لوحظ وجود سيروشيتا باليدا
بكثرة في الغدد الليمفاوية حتى في دور خمول المرض . ولوحظ أن الميكروبات عند
صحوها تبتدىء تنتشر في الجسم وتفتك به بشدة وتبتدىء بالفتك بالجلد في حالات
كثيرة فتظهر الصمغيات الزهرية الجلدية .

(١) الصمغيات الزهرية الجلدية

تنقسم الصمغيات الجلدية الى صمغيات جلدية سطحية (كيوتينيس جماتا)
وصمغيات جلدية عميقة (صبيكيوتينيس جماتا) . فالاولى تظهر كحبات عدس صغيرة
وتكون منفردة عن بعضها وأحياناً تظهر في شكل مجموعات صغيرة مركبة من حبات

(١) فيرشوف . نويمان . ماكس جوزيف

كرأس الدبوس متقاربة ويكون سطحها أحمرًا أو أحمرًا نحاسيًا ويكون لامعًا ولا تكون مصحوبة بأي أعراض أخرى وأحيانًا تكون مصحوبة بألم قليل (وأكلان). ولما تظهر هذه الصمغيات بجوار بعضها في شكل دوائر صغيرة منتظمة أو غير منتظمة فيسمى الطفح حينئذ طفح زهرى عقدي ثعباني (توبير وسيريغينص سيفيليد) وقد اعتبره (ريكور) علامة قوية في تشخيص الزهرى حتى أنه أعطاه اسم «لاسينياتير دي لا سيفيليس» أي «علامة الزهرى» ويظهر هذا الطفح عادة على الشفتين والذقن وفحات الأنف والذراعين والساقين (راجع رسم ٢٧ في صحيفة ٩٧)

وبعد أن يكون لون سطح الصمغيات أحمرًا نحاسيًا يتحول إلى نحاسي قاتم وأحيانًا إلى بني قاتم وتختفي هذه الصمغيات ببطء وتترك مكانها بقعًا سمراء اللون وأحيانًا تزمن هذه الصمغيات الصغيرة فتتقرح تاركة مكانها تقرحات زهرية مزمنة تكون أحيانًا عميقة فتشبه في شكلها تقرحات الصمغية الجلدية العميقة.

أما الصمغية الجلدية العميقة فأنها لا تنتشر كثيرها من أنواع الطفح الزهرى الأخرى بل تظهر منها ٣ أو ٤ أو ٥ صمغيات فقط (١) في أكثر الحالات. وتظهر الصمغية كتصلب بسيط في الجلد ويكون لون الجلد فوقها أحمرًا نحاسيًا أو نحاسيًا قاتمًا وبعد ذلك يتقدم المرض في الصمغية فتبتدى محتوياتها تنحل ويصير الجلد الذي فوقها رخوًا ورقيقًا من تأكل طبقاته السفلى حتى يتأكل كله فتفتح الصمغية وتخرج منها مادة صمغية لزجة حمراء قاتمة كلون (الشوكولاته) وأحيانًا يكون لون المادة أصفرًا أخضرًا نتيجة عدوى ثانوية للصمغية بميكروبات صديدية. وتنسع الصمغية الجلدية لسطح الجلد فيتأكل وأحيانًا يتقدم التأكل داخل الصمغية من أسفلها فتأكل كل طبقات الجلد تحتها حتى تصل للعضلات خصوصًا لما تكون على الأطراف. وقد لاحظ (فيرنى) حالة وصل فيها الانحلال بصمغية جلدية إلى عضلات الفخذ فأثر ذلك على شريان الفخذ (فيمورال ارتري) فتأكل سطحه وانفتح ونتاج عن ذلك نزيف دموي شديد وخطر. ولما تنفتح الصمغية الزهرية تتربى فوقها عادة قشرة لونها رمادي

(١) لاحظ كابوسي ظهور ٥٠ إلى ١٠٠ صمغية دمعة واحدة



رسم تمرة (٣٧) صمغيات متفرحة

على سطحى الشفرين الكبيرين ، صمغيتان على التفرا الأيمن وثلاث صمغيات على
اليسر والمريضة اصببت بالزهوى من ست سنوات مضت قل ظهور الصمغيات
ويلاحظ أن البظر والشفرين الصغيرين بهما تصخم (مراسيك)

أو رمادي أخضر وأحياناً يكون لونها احمرانياً به نقط بيضاء أو صفراء، وطبعاً ينتج عن وجود القشرة تأكل بسيط في حافة الصمغية الخارجية فتتسع ويتربى مكانها قشرة أخرى وينتج عن وجودها تأكل آخر بحافة الصمغية فتتسع وهكذا وينتج عن ذلك صمغيات حاقها ملتفة قليلاً ولونها من الداخل الى الخارج يكون أحمر فأحمرانياً فنحاسياً أحمرانياً فبنياً فرمادياً ويصل اتساع الصمغية في مثل هذه الحالات الى حجم القرش التعريفية أو قطعة الخمسة قروش، ويعطون هذا الشكل حينئذ اسم الحمراء الزهرية (روپا سيفيليتيكا). ولوحظ ان التأكل الذي يحصل في حافة الصمغية يكون عادة مستديراً وأحياناً يتقدم بشكل غير مستدير ولكنه منتظم نوعاً ويتخذ شكل الكلاوى في رسمه الخارجى ويرى هذا جيداً على ركة السيدة في رسم نمرة ٢٩ وأحياناً تكون الصمغية مصحوبة بحلمات وبثور زهرية محيطة بها بأشكال منتظمة فينتج طفح يسمى عندئذ بالزهرى المتفرح الثعبانى (الصيريتيد سيريجينص سيفيليد) وأحياناً يصحب الصمغية تفرح مصحوب بالتهاب مزمن في أسفل التفرح ينتج عنه نمو حلمات كبيرة (لارج بابيلا) في هذا الطفح فترى طفحاً زهرياً توتياً (فراميو- زيفورم سيفيليد) في أسفل الصمغية

هذا ملخص بسيط للصمغية الجلدية ولا تكون مصحوبة بأعراض أخرى كالآلـم أو الاكلان الشديد الا نادراً وأحياناً تظهر الصمغية وبالقرب منها حلمات أو بثور زهرية، وأحياناً تظهر مصحوبة بالتهاب زهرى بالقزحية بالعين. ولما تكون الصمغية بالانف يصحبها في كثير من الاحوال ركام ووجع في الرأس شديد (كوريزا). وأحياناً يسبق ظهور الصمغيات الزهرية آلام بالعظام وضعف عام وهزال بالجسم ويظن كثيرون من العلماء انه توجد وقتئذ صمغيات زهرية بالأعضاء الداخلية كالكبـد أو الامعاء أو المنخ... الخ وقد يصل المرض في تقدمه الى الاضمحلال النشوى (اميلويد ديجينيريشن) بأعضاء مختلفة وبعد ذلك تظهر الصمغيات الجلدية.

وقصارى القول تظهر الصمغيات الجلدية عادة على الوجه والعنق والاطراف وفي منطقة الاعضاء التناسلية واذا ظهرت على نفس الاعضاء ينتج عنها أحياناً مضار عظمى اذا لم يعالج المريض بسرعة اذ ينتج عنها تأكل بالعضو وربما أعقبه ناسور أو ضعف

تناسلى أو ارتقاء تناسلى تام أو جزئى، ويجب التمييز دائماً بين هذه الصمغيات الزهرية التى تنمو على القضيب أو الفرج مثلاً وبين القرع الزهرية الاولى، وتظهر أحياناً على الظهر والشدى^(١). وقد لاحظ (ليلوا) ان الصمغيات التى تظهر على الاعضاء التناسلية تظهر غالباً مكان قرحة زهرية أولية كانت ظهرت هناك وأعطى هذه الصمغيات التناسلية اسم الزهرية الشانكرية (سيفيلوم شانكرىفورم)، وعندما تظهر على فروة الرأس ينتهى الأمر بترك جزء من الصلع ولا ينمو الشعر ثانية فى منطقة هذا الصلع ولو ان بعضهم يدعى احتمال نموه ولكننى أؤكد عدم احتمال ذلك لنا كل منطقة كاملة بجميع طبقاتها من جلد فروة الرأس، وأما الحالات التى رجع فيها الشعر للنمو بعد ظهور ما سماه بعضهم صمغيات زهرية فانه شعر رجع للنمو مكان بشور زهرية تقرحت ولم يكن هناك صمغيات أو شبه صمغيات .

وكثيراً ما تظهر الصمغيات الجلدية وفى نفس الوقت يظهر معها لطع مخاطية بالفم وتكون عائدة للظهور فى دور رجوع ظهور الاعراض .

ويجب اعتبار الصمغيات كباب مهم من أبواب العدوى الزهرية اذ يمكن عمل عينة وتوجد بها ميكروبات سيروشيتا باليدا فى اكثر حالات الصمغيات وقد لقح « هوفمان » قردة بافراز استخرجه من صمغية مريض ظهرت بعد مرور ٢٤ سنة من يوم العدوى بالزهرى فظهرت عليها قرع زهرية . ويوجد فى مؤلفات كثيرة مبدأ غريب وهو ان الصمغيات الزهرية ليست معدية والواقع ان بعض الصمغيات معد جداً وتوجد بها ميكروبات الزهرى غالباً وقد وجدت سيروشيتا باليدا فى ٤٣ حالة من ١١٥ حالة فحصتها للآن ميكروسكوبياً ولا داعى للاستشهاد بالعلماء لان اكثرهم أثبت وجودها فى حالاته ونذكر منهم (شبيتزر) (فيلدمان) (دوتريلبون) (دوجن) (ايفنز) (توماسكفزكى) (ماكس جوزيف) (جروفين) (هوفمان) .

ولكننى أظن أن السبب فى وجود هذه الفكرة فى مخيلة بعض المؤلفين هو ان

(١) وقد لاحظ ليفينز ظهور الصمغية على بطن اليد وهذا نادر جداً وأعقبه فى هذه الملاحظة كثيرون منهم لين ، جالوا ، بالمجرين .

السوائل التي تخرج من الصمغيات بعد تقدم عملية الاضمحلال (ديجينيريشن) لاتكون معدية عادة . نعم ولكن يمكن استخراج سوائل من الصمغيات قبل ان تتم بها عملية الاضمحلال وهذه السوائل تكون غالباً معدية وفي الواقع انها هي السوائل التي استعمالها (نيسر) و (فينجر) و (لاندشتينر) في تلقيح القرودة وقد أثبتوا أنها معدية جداً . اكد (نيسر) تساوى السوائل التي تستخرج من صمغيات ظهرت بعد العدوى الاولى بوقت قصير أو بوقت طويل في كونها معدية . ولكن مع هذا يجب مراعاة ظهور الصمغيات في دور رجوع ظهور الاعراض إذ يستدعي ذلك وجود عدد قليل من ميكروبات سيروشيتا باليدا في منطقة الصمغيات وهذا هو السبب في عدم تمكن كثير من البحاثة من رؤيا هذه الميكروبات .

ونصح القارىء ان يدرس باتولوجيا وهيستولوجيا الصمغيات في مؤلفات الزهرى المطولة ونكتفي بأن نذكر له هنا ان المباحث السابقة الذكر عن اسباب نمو الشانكر واشكال الطفح الجلدى استدعت تفكير العلماء في أسباب ظهور الصمغيات أيضاً ولكن لم يصل العلماء لهذه اللحظة لتقرير ذلك اذ يظن بعضهم ان نشاط ميكروبات الزهرى بعد خمولها هو السبب ويظن البعض الآخر - وهم طبقة العلماء المغرمين باعتقاد أن الصمغيات غير معدية - أن الصمغيات تنتج عن اضمحلال خلايا الجسم في منطقتها نتيجة تأثيرها بالسموم (توكسينز) التي تكون بالجسم والرأى الاول هو الارجح ولو انه لا يوجد ما يمنع اعتقادنا بأن الصمغيات تكون نتيجة نشاط الميكروبات وتأثير سموم هذه الميكروبات معاً .

النشخيص - لا توجد مشقة في تشخيص الصمغيات اذا لاحظ الطبيب كيفية ظهورها ونموها وموقعها ولون الافرازات التي تخرج منها ولون الجلد الذي يكون فوق سطحها قبل أن يتقرح وبعد ما يتقرح ولون الجلد النحاسى أو النحاسى القاتم أو الاسمر عند حافتها لما تتفتح ووجود القشور الضخمة فوقها بلونها السابق الذكر ، وبعمل عينة منها قد توجد بها ميكروبات الزهرى وكثيراً ما تصحبها أعراض زهرية اخرى كطفح حليمى أو طفح البثور العائد . وكثيراً ما تظهر الصمغيات متأخرة في دور رجوع ظهور

الاعراض فيكون سبقها أعراض زهرية مهمة أخرى كاتواع مختلفة من الامراض العصبية كالشلل الجزئي في الذراع أو الساق أو النطق أو النظر أو الشلل النصفي (هيميبليجيا) أو هزال النخاع الشوكي (تايس دورساليس) وبفحص الدم على طريقة فازرمان (ع . ف .) تكون ايجابية في بعض الحالات كما سنبين بعدئذ .

ولا توجد مشقة الا للتمييز بين الصمغية وبين مرض الجلد فيورنكيولوزيز اذ يكونان متشابهين في شكلهما الخارجى ولكن لون الصمغية يكون عادة احمرًا ازرقًا أو احمرًا نحاسيًا أو نحاسيًا رماديًا وافرازاتها تكون حمراء (كالطوب الاحمر) او بلون الشوكولاته أو رمادية وتكون صمغية لزجة عند لمسها ولا تكون الصمغية مصحوبة بالآلام عادة . وأما مرض الجلد المذكور فيكون لونه احمرًا ملتهبًا وافرازاته تكون صفراء بيضاء غير لزجة ويكون مصحوبًا بألم ولا يشفى كالصمغية بعد علاج الزهري وبعمل عينة منه لا توجد سيروشيتا وبفحص دم المريض به تكون (ع . ف .) سلبية .

وتوجد مشقة أخرى في التمييز بين الصمغية وبين مرض الذئب البسيط (لوپوس فالجاريس) ولكنها بسيطة اذا لاحظ الطبيب ان الصمغية تظهر في كل أجزاء الجسم ، ومرض الذئب البسيط يظهر عادة في نصف الوجه الأعلى اى فوق خط يقطع الوجه عند الشوارب، وثانيًا تكون الصمغية مصحوبة بأعراض الزهري الأخرى ، ويكون مرض الذئب مصحوبًا بأعراض درنية غالبًا، وثالثًا تكون الصمغيات مصحوبة بعقد زهرية كبيرة متصلة وقليلة العدد ومرض الذئب مصحوبًا بحبات صغيرة جدًا ومتجمعة ورخوة ، ويكون سطح الصمغية احمرًا نحاسيًا أو رماديًا و سطح مرض الذئب احمرًا ورديًا أو اصفرًا من وجود افرازه ، ولا يحصل تأكل شديد بالعظام التى تحت الصمغية اللهم الا اذا كانت الصمغية بالعظام نفسها حالة كون عظام الوجه تتأكل بشدة في مرض الذئب ، وتشفى الصمغية باستعمال علاج الزهري خصوصًا اذا اضيف اليه يدور البوتاسا ولا يشفى مرض الذئب من هذا العلاج ، واذا عملت عينة من الصمغية وفحص دم المريض بها وجدت ميكروبات سيروشيتا وكانت (ع . ف .) ايجابية في بعض الحالات وهذا ما لا يحصل في مرض الذئب ، وبأخذ قطاع صغير من

المرض و بفحصه ميكروسكوبياً ترى صورة هيستولوجية مخصوصة (١) مختلفة في الحالتين.
ولتمييز الصمغيات عن باقي أمراض الجلد يحتاج الطبيب الى تذكر اعراض هذه
الأمراض المختلفة ولونها وموقعها عند ظهورها ويتذكر مميزات الصمغية وما يصحبها
من باقي اعراض الزهري وباقي طرق تمييز الصمغية من فحص ميكروسكوبى لميكروبات
سبيروشيتا باليدا ومن فحص بكتيريولوجى للدم (ع . ف . خ).

وقبل ان نختتم أوصاف الصمغيات الجلدية نستحسن أن نذكر نوعاً من الطفح
يصحب ظهور بعض الصمغيات الجلدية السطحية اذ تظهر فقائيع تشبه فقائيع مرض
الجلد الهربسى المنطقى (هرپس زوستر) وتتغير محتويات هذه الفقائيع فبعد ان
تكون سائلا مصلياً أو مائياً تنقلب الى سائل نصف دموى أو صديدى دموى أو
صديدى ويوجد بالطفح أشكال مختلفة متعددة تبدىء من فقائيع محتوياتها رائقة
الى فقائيع محتوياتها صديدية ويسمى الطفح عندئذ « الزهري الفقائيعى المنطقى »
(زوستريفورميس سيفيليد) ويتميز عن الهربس المنطقى بكون الهربس المنطقى يبدأ
كفقائيع (فيزيكاز) تستمر رائقة وتكون بشكل واحد فى الطفح ويكون فى جهة
واحدة من الجسم عادة ويكون مصحوباً بألم ولا يكون مصحوباً بأى أعراض زهرية
وأما الزهري الفقائيعى فيكون الطفح فيه متعدد الأشكال ويكون عادة بجهتي الجسم
(سيمتريكال) كباقي أنواع الطفح الزهري ولا يكون مصحوباً بألم.

(ب) دور رجوع الأعراض بباقي أجزاء الجسم

تظهر صمغيات زهرية أيضاً بباقي أعضاء الجسم الظاهرة أو الداخلية فتظهر على
اللسان بأشكال مختلفة (راجع رسم ٣٦ صحيفة ١٢٣) وباللوزتين والحنجرة والبلعوم
فيتسبب عنها تضخم باللسان وأحياناً يفقد العضو قوة النطق اذا أهملت الصمغية به
وأحياناً تظهر صمغية بالحنجرة وتتقرح باستمرار فتفتتح الحنجرة . . الخ من الأعراض

(١) راجع مؤلفات الباتولوجيا فى هذا الموضوع .

المختلفة . وأحياناً تكون اللطم المخاطية السابقة الذكر بالفم مصحوبة بصمغيات صغيرة .
وتصيب الصمغيات الأعضاء الداخلية بالجسم وتصيب العظام والجهاز العصبي ^(١)
ولا يسع مؤلفنا هذا وصفاً تفصيلياً للأعراض التي تنتج عن ظهور صمغيات بهذه الاجزاء .

وأهم الأعراض التي تظهر في هذا الدور غير الصمغيات تنتج عن تأثر الأعضاء
الداخلية المختلفة بميكروبات الزهري مباشرة وبالسوم التي تفرزها وتأثر الأعضاء
الداخلية بوجود أمراض مختلفة نتجت في دور تعميم العدوى في الشرايين والاوردة
التي تغذى هذه الأعضاء . وينتج عن تأثر الشرايين تغيير كبير في تركيب الأعضاء
الداخلية الدقيق فتحصل فيها تغيرات باثولوجية ينتج عنها ضعف في هذه الأعضاء
(خصوصاً الكبد والطحال) عن القيام بوظائفها المختلفة وربما ينتج عنها اضطراب عام
بالجسم كظهور ارتفاع في درجة الحرارة ^(٢) أو آلام أو قيء ... الخ .

ويعتبر الجهاز العصبي أكبر جهاز يتأثر في الأدوار المتأخرة وينتج عن ذلك
الامراض العصبية المختلفة ويعتقد الكثيرون ان الجهاز العصبي لا يتأثر الا في ما يسمونه
الدور الثالث أو ما نسميه دور رجوع الاعراض والحقيقة كما اعتقد - وكما سيجي - تفصيلياً
في مؤلفنا الآخر - هي ان الجهاز العصبي لا يختلف عن باقي الجسم فهو يصاب
بالميكروبات التي تسبح داخل الشرايين في دور تعميم العدوى أيضاً ولا ينكر أى
طبيب ملاحظة بعض أعراض عصبية عند مرضى الزهري في أدواره المختلفة ولكنها
أعراض خفيفة غير مزعجة كالآلام بالرأس وصداع مستمر نتيجة التهاب بأغشية المخ مثلاً
فلا يهتم بها الاطباء وتراهم غير راغبين في مقاومة تيار الاعتقاد القديم بأن الجهاز العصبي
لا يصاب بشكل ظاهر الا في أدوار الزهري المتأخرة . ولست أرى في كل المؤلفات
التي تعضد نظرية هؤلاء الاطباء أى تعليل يشرحون لنا به ما يمنع الجهاز العصبي من
ان يصاب في أدوار الزهري الاولى مع اعترافهم بأن السائل النخى الفقري (سيربرو

(١) راجع المؤلفات المختلفة في امراض هذه الاجزاء من الجسم

(٢) يعطى بعض العلماء اسم « حمى الزهري المتأخر » لنوع من مرض الكبد بالزهري

ومن أحسن المؤلفات في هذا الموضوع كتاب للعلامة (باور)

Bauer : Laes und innere Medizin, 1910.

سبينال فلويد) معد ويمكن تلقيح الحيوانات به فيظهر عليها الزهري مع ان هذا السائل مأخوذ من مرضى بالزهري في دور تعميم العدوى (١)

ويعترفون في نفس الوقت بوجود ميكروب سبيروشيتا باليدا بهذا السائل (٢) ويعلم القارىء ان هذا السائل يجري وسط الجهاز العصبي فماذا يمنع من ان يفتك بهذا الجهاز؟ وأظن ان الاطباء لو تنازلوا لقبول هذا الاعتقاد لأفادوا مرضاهم فائدة عظيمة بتوجيه اهتمامهم للزهري أكثر مما يفعلون الان خصوصا اذا تذكروا ان أعراضاً عصبية كثيرة تظهر في أدوار الزهري الاولى يمكنهم ان يطلعوا عليها اذا أخرجوا قليلا من العنادر المستحكة في رؤوسهم

وهنا نستلفت نظر القارىء للأعراض الآتية وكثيراً ما نراها عند المرضى في الادوار الاولى وما كنا لنراها أولنفكر فيها لو لم نعتقد ان الجهاز العصبي كباقي الاجهزة يتأثر بالزهري في دور تعميم العدوى : تكون الحدقتان غير متساويتين في اتساعها وتكون الاعمال المنعكسة (ريفليكس اكشن) للحدقات مضطربة وتري زيادة في حركة الركبة وحركة الكعب عند فحصها واضطراب في اكثر الاعمال المنعكسة السطحية والعميقة وأحياناً تنعدم الاعمال المنعكسة أو تختلف الاعمال المنعكسة في مقدارها إذ تزيد بالنصف الايمن عنها في النصف الايسر للجسم أو تنقص . وفي حالات نادرة لاحظت « تميلاً » عند بعض المرضى .

ونقتصر الآن في وصف زهري الجهاز العصبي على قولنا ان جزءاً من أمراض الجهاز العصبي ينتج عن تأثير شرايين هذا الجهاز بالزهري ، وجزءاً ينتج عن تأثير نفس الجهاز العصبي بميكروبات الزهري أو سمومها ، وجزءاً ينتج عن تأثير أغشية الجهاز العصبي بالزهري ، وجزءاً ينتج عن ضغط أورام (تيومرز) زهرية بالعظام التي تحيط بالجهاز العصبي أو من ضغط نفس السائل المخي الفقري على جسم الجهاز العصبي ، وينتج عن

Arzt u. Kerl : Wien klin. Woch. xxvii 785, 1914, (١)

Gaucher et Merle : Ann. de Mal. Ven. v. 426 1910. } (٢)
Dohi u. Tanake : Japan Zeitschr. f. Dermat v. 537 1905.

كل هذه المؤثرات أمراض عصبية مختلفة من شلل جزئي أو شلل نصفي أو شلل كلي أو شلل الاعصاب كشلل عصب النظر (أو بتيك نرف) أو عصب الشم (أولفاكتورى نرف) أو عصب السمع (أوديتورى نرف) وهكذا، أو التهاب الحبل الشوكي (ميليتيس) أو... أو... من الأمراض العصبية المختلفة.

زهري الجهاز التناسلي البولي عند الذكور والاندات

نرى أن نذكر شيئاً عن زهري الجهاز التناسلي البولي مساعدة للقارىء على المقارنة بينه وبين باقى الأمراض التناسلية : -

زهري مجرى البول عند الذكور (يوريثرال سيفيليس) : يظهر الشانكر أحياناً داخل مجرى البول على بعد سنتى أو نصف سنتى من فتحة القضيب الامامية (ولكن فى الحالات الاعتيادية يكون الشانكر كما ذكرنا سابقاً على فتحة القضيب الامامية ويمتد قليلاً داخل مجرى البول) ويكون مصحوباً بافراز مصلى أو مصلى دموى وقد رأيت بعض حالات شخصها الأطباء كحالات سيلان (جونوريا) لوجود افراز صديدى أصفر مصحوب بألم شديد ولا كفتائهم برؤيا الصديد فى تشخيصهم بدون فحص الافراز. ولكننى فحصت الافراز فلم أجده ميكروبات السيلان (جونوكوكى) وبفحص مجرى البول الامامى بمنظار مجرى البول (يوريثروسكوب) الكهربائى وجدت قرحة صغيرة بسطح مجرى البول الاسفل فى هذه الحالات بشكل الشانكر المتأكل وقبل بعض المرضى العلاج ورفض البعض تشخيص الزهري فعالجت الاوائل وبعد حقنهم بأول حقنة من (نيوسالفارسان) وبحقنة واحدة من محلول سيانور الزئبق انقطع الافراز الصديدى تماماً وبفحصهم بالمنظار وجدت أن القرحة الصغيرة اختفت تماماً ولم اعمل لهم اى علاج موضعى قط. وبعد مرور ١٠ أسابيع رجع مريض من الذين رفضوا العلاج أولاً بطفح زهري حليمى بثرى على جسمه وعمل له العلاج اللازم وشفى.

ولوحظ أنه في بعض الحالات التي يعمل فيها توسيع في مجرى البول للضيق الذي ينتج عن قرح سيلانية عند المرضى بالسيلان والزهرى معاً ينتج أحياناً ورم زهرى (سيفيلوما) ينتشر في طبقات حائط مجرى البول وفي باقى اغشية القضيب المحيطة بمجرى البول . وبفحص القضيب عندئذ يشعر الطبيب بتصلب مخصوص في سمك القضيب يشبه عند لمسه (فاين الزجاجه) عند ما يضغطه الانسان . ولكن هذا التصلب يشفى تماماً وبسرعة بعد عمل العلاج اللازم ولا تبقى له آثار تذكر .

زهري المثانة عند الذكور - لا تصاب المثانة بطبيعة الحال في دور القرحة الزهرية لابتعادها عن أسباب العدوى ولكنها تصاب في دور تعميم العدوى بظهور لطم مخاطية كاللطم المخاطية السابقة الذكر التي تظهر عادة على السطوح المخاطية . ولا تظهر لهذه اللطم أعراض قط ولكنها ترى عند فحص المثانة بمنظار المثانة الكهربائي (سيستوسكوب) . وعند ما تنقرح هذه اللطم يبتدىء المريض يشعر بأعراض التهاب المثانة (سيستيتيس) المعروفة ولكن الاعراض التي تظهر في التهاب المثانة الزهرى (سيفيليتيك سيستيتيس) تكون عادة أخف وأضعف من الاعراض التي تظهر في التهابات المثانة الأخرى . ولذا يشعر المريض بشعور برغبة للتبول (ميكثوريشن) وبقليل من (الحرقان) في منطقة المثانة ويشير اليه المرضى عادة في منطقة الشعر التي حول عضو التناسل ، ولكن المرضى لا يسرعون للتبول كل عشر دقائق أو ربع ساعة أو نصف ساعة كما يفعلون في التهابات المثانة السيلانية . ويكون البول أحياناً رائقاً شفافاً وأحياناً دخاناً الشكل (سموكى) أى به غمامة نصف شفاقة . وبفحصه توجد به مواد مخاطية (ميوكويد) ولم يعرف زهرى المثانة جيداً الا بعد اكتشاف منظار المثانة اذ أمكن به تشخيص اللطم المخاطية والتقرحات التي تظهر على حوائط المثانة الداخلية . وقد لاحظ (آش)^(١) ظهور تقرحات صمغية (جماتص الصيريشن) ونمو حلمات زهرية (سيفيليتيك بايلوما) بداخل المثانة في دور رجوع الاعراض وقد وصفها^(٢) غيره أيضاً وصفاً دقيقاً . ومما تقدم يجب فحص الحالات التي ترى فيها

(١) Asch : Zeitsch. f. Urologie, v, 504; 1911

(٢) Lévy Bing et Durveux: Annales des Malad. Vénér; 1913

تقرحات بالمثانة فحسباً جيداً للتحقق من انها زهرية أو غير زهرية اذ يكون المريض سعيد الحظ اذا اتضح انها زهرية لأنها تشفى بسرعة بعمل العلاج الزهرى بعكس التقرحات الاخرى التى تكون أحياناً عنيدة أو خبيثة لا تشفى بسهولة .

وتتأثر المثانة فى أكثر الامراض العصبية وينتج عن ذلك اضطرابات فى مقدرة المريض على التبول فيحصل تسلسل فى البول (اينكوتيننس) فى بعض الحالات ، وينحبس البول فى حالات أخرى خصوصاً فى أنواع التهابات النخاع الشوكى (ميليتس) المختلفة . وفى حالات نادرة يصاب المرضى بالبول الدموى ولوحظ ذلك فى المرضى بالتاييس . ولوحظت اضطرابات بولية أيضاً فى أكثر أمراض النخاع الشوكى الاضمحلالية وتكون عادة مصحوبة بضعف شديد فى القوى التناسلية يصل أحياناً لدرجة الانحلال التام أو لضياع جميع الرغبات التناسلية^(١) ، وتعتبر هذه الاعراض التناسلية ككثير يظهر أحياناً قبل ظهور الامراض العصبية فى شكلها الخطر . وأحياناً تظهر هذه الاعراض التناسلية والبولية قبل ظهور أعراض أخرى غيرها للمرض العصبى المتسببة عنه . ولوحظ ظهور التسمم البولى (يوريميا) فى حالات زهرى الجهاز العصبى المركزى (سينترال نيرفص سيستيم) .

زهرى البروستاتا — لا يظهر الزهرى عادة بشكل مهم فى هذا العضو . ولو ان كورك وجريدتزر^(٢) لاحظوا أيضاً تضخماً فى البروستاتا فى بعض حالات التاييس ويعتقدان ان عملية اقتلاع البروستاتا لأنها متضخمة فى مثل هذه الحالات تكون خطيرة ومضرة لأن النتائج التى تظهر بعد العملية تكون سيئة حتى اذا كانت نفس العملية ناجحة فى أول الأمر .

زهرى الخصية والبربخ^(٣) (تستيكل — ايديديس) . تصاب الخصية

(١) راجع « الكتاب الثانى » من « الضعف التناسلى عند الذكور والاناث ، انواعه وطرق الوقاية منه وعلاجه » للدكتور غرى .

(٢) Caulk & Greditzer; American Journ. of Syphilis, 1917,

(٣) البربخ هو العضو الصغير الموجود على الخصية — راجع تشرح الاعضاء التناسلية

بموضوع السيلان .

بالصفية الزهرية ويندر أصابة الخصية بأعراض مهمة في دور تعميم العدوى بعكس البرنج الذى تظهر عليه أعراض زهرية في هذا الدور وأحياناً قبل ظهور أى طفح جلدى . ولما يظهر التهاب البرنج الزهرى (سيفيليتيك ايديديميتيس) يتضخم البرنج قليلاً ويظهر التضخم عادة بالرأس الكبير (كابوت ميجور) للبرنج - غنى عن البيان ان البرنج يتركب من رأس كبير وجسم مستطيل ورأس صغير - ويختلف تضخم البرنج فى الزهرى عنه فى التهابات البرنج الأخرى بكونه تضخماً صغيراً ويشعر الطبيب عند فحصه بوجود تصلب فى شكل عدة عقد متقاربة بعكس تضخم البرنج فى التهابات الأخرى إذ يكون بشكل تصلب منتظم ناعم منتشر على طول البرنج تقريباً . وتظهر الصفية الزهرية بحجم صغير على البرنج ويكثر ظهورها على الرأس الصغير (كابوت مينور) للبرنج وعلى جسم البرنج نفسه وأحياناً يكون الحبل المنوى متضخماً ومتصلباً أيضاً .

ويجب التحقق من صحة تشخيص حالات التهاب البرنج والخصية لأنه كثيراً ما يحصل خطأ فى تشخيص هذه الحالات و يتعرض المرضى لعمليات استئصال الخصية باعتبار أنها مصابة بالتدرن أو بغيره مع ان الحالة تكون حالة زهرية يمكن شفاؤها بعلاج الزهرى وبدون تضحية عظمى بمثل هذه العملية . وقد رأيت حالة استأصل فيها جراح خصية وأراد استئصال الأخرى باعتبار ان المرض تدرن بالخصيتين وقد اتضح خطأؤه بتشخيص المرض كزهرى الخصيتين بفحصه جيداً وبرؤية أعراض زهرية أخرى وبعمل (ع ف) التى كانت ايجابية ٣ مرات متوالية . ويكفى ان نذكر تحقيقاً لرأينا شفاء المريض تماماً بعد عمل العلاج الزهرى وقد كفينا المريض شر ضياع آخر أمل له فى حياته التناسلية فيما اذا استئصلت خصيته الثانية .

وفى حالات نادرة تتضخم الخصية والبرنج معاً وتظهر حينئذ قيلة مائية (هيدروسيل) ، وأحياناً تظهر هذه القيلة بدون ظهور أعراض على الخصية أو البرنج . ولو حظ ان تلك الأعراض الزهرية تظهر عادة على جهتي الجسم أى بالخصيتين والبرنجنين ، وأحياناً تظهر بجهة واحدة ويك ظهورها بالجهة اليمنى .

زهري الكلبي عند الذكور - تحصل التهابات الكلبي (نيفريتيس) في دور تعميم العدوى وفي دور رجوع ظهور الأعراض ، ويكثر التهاب الكلبي في الدور الأخير اذ ان أكثر المرضى الآن يعالجون في دور تعميم العدوى ويصعب في بعض الحالات التفريق بين التهاب الكلبي الناتج عن الزهري نفسه أو عن علاج الزهري . وتوجد أنواع التهاب كلوي أخرى يعلمها القارئ من دراسة باولوجيا أمراض الكلبي ولا نرى محلا هنا لوصفها تفصيلاً ويمكن حدوثها نتيجة للزهري .

ويكثر وصف المرض النشوي بالكلبي (اميلويد ديزيز) كنتيجة للزهري ، ولكنني أعتقد أن هذا بحث نظري أكثر منه عملي لأنني للآن لم أر - كغيري من الأطباء المشخصين - حالة واحدة من هذه الحالات ، واعتقد انه ليس سهلاً تشخيصها في المريض على قيد الحياة واطن انها عينة من العينات المرضية التي تخرج للطب التشخيصي من قاعات التشريح بعد الموت (بوست مورتيم) .

وتظهر الصمغيات الزهرية بشكل متعدد (ملتيل جئاتا) بالكلبي . ولما تظهر صمغية كبيرة بالكلبي تشبه في أعراضها مرض السل الكلوي وللتشخيص بينهما يجب استخدام البحث عن تشخيص الزهري أولاً ثم بفحص عينات البول لمرض السل . وأحياناً تلتهم الكلبي ويكون التهاباً مصحوباً ببول دموي (هيموجلوبينوريا) ويكثر ذلك في الزهري الوراثي ، وعلى العموم فأنني أعتقد ان زهري الكلبي يمر كثيراً بالأطباء ولا يشخصونه هكذا لأنهم يعالجونه كالتهاب عادي ولو فكروا في مرض الزهري - خصوصاً كلما تعذر عليهم الشفاء بطرقهم العادية - لتمكنوا من ارسال مرضاهم ليعالجوا الزهري فيتم لهم شفاء الكلبي المزهورة .

زهري المجري البولي التناسلي عند الإناث

كنت أحب أن أوجز البحث في هذا الباب ولكن اقترح بعض الزملاء اضطرني - رغم المباحث العلمية العملية التي أريد نشرها في هذا الموضوع - الى ذكر بعض التفاصيل عن زهري المجري البولي التناسلي عند الاناث ، ونبدأ الآن بذكر

شئ عن تفاصيل نمو هذا المرض عند الاناث من أوائل خطواته الى أواخر أدواره
لمجرد اعطاء القارىء فكرة موجزة عن سير هذا المرض عند النساء :-

القرحة الزهرية الأولية - وكيف تكون : القرحة الزهرية الأولية قد
تنتج عند النساء كما تنتج عند الرجال ولنفس الاسباب ، ولكن الطبيعة أرادت
للذكور والاناث أعضاء خاصة بكل جنس منهما ، وأرادت هذه الطبيعة لهذه
الأعضاء تكويناً خاصاً . ومما لا بد منه أن يخضع هذا التكوين لكل عوامل الحياة
التي تعرض هذه الأعضاء للصحة أو المرض ، ولذلك فان العوامل التي تعرض هذه
الأعضاء للصحة أو المرض هي أهم العوامل التي ينتج عنها بقاء هذه الأعضاء سليمة أو
مريضة . ولذلك نبدأ بذكر أهم العلامات التي تكون هذا المرض عند الاناث :-

(١) القرحة الزهرية الأولية - الشائكة عند النساء

(١) **القرحة الزهرية عند الاناث :-** قد تظهر القرحة الزهرية عند أى فتاة
أو شابة أو امرأة^(١) وعلى أى جزء من جسمها بدون أن تثير أى علامة ايكلينيكية
ظاهرة بوضوح لها قيمتها لتشخيص المرض .

(١) قد تظهر قرح زهرية على الشفر الكبير او الصغير لفتاة او شابة مفروض فيها
النقاوة أو الطهارة التناسلية بمجرد قيام شاب موبوء بقرحة زهرية بالعملية التي يسمونها
« الاحتكاك » مع مثل هذه الشابة ، وبذلك ينتج عند هذه الشابة مرض الزهرى . وكثيرات
من الشابات يعتقدن ان مجرد ظهور اعضاء الشبان بمظهر نقي يدل على انهم فى حالة صحية تناسلية
نقية من المرض ، وهذا خطأ ، وأحياناً يكون خطأ فاحشاً ، وكثيرون من الشبان يعتقدون أن مجرد
ظهور الشابات فى حالة تناسلية صحية يدل على انهن صحيحات سليما ، ويمكننى ان اؤكد للجنسين
حقيقة ثابتة لاشك فيها ، وهى انه « اذا كنت كامراً لك فأتى لغيرك من الرجال » والحقيقة
الأخرى هى « اذا سمعت لأن اقدم نفسى لك كرجل فهل تؤكدين لى انك لم تقدمى نفسك
لرجل غيرى ؟ وعلى كل حال فهل انت كامراً لست مريضة ؟ » فاذا وضع الذكور والاناث هذه
الحقائق امام اعينهم فيمكنهم بسهولة ان يذكروا العناية باستخدام طرق الوقاية من الزهرى .

(٢) القرحة قد تظهر على عضو تناسلي أولى أو عضو تناسلي ثانوى ، كالثدى أو الفخذ أو العجزين كعضو تناسلي ثانوى ويتعذر تشخيصها ولو مبدئياً : يحصل هذا فى القرحة الاولى التى تظهر على السطوح المخاطية للفرج أو الشفرين وهذه القرحة تحتاج عادة لفحص القرحة « ميكروسكوبياً » لأن كثرة القرحة التى تظهر على السطوح المخاطية عند النساء - لوجود سطح مخاطى رطب معرض للعدوى الثانوية بميكروبات أخرى - قد يتعرض للعدوى بميكروبات غير ميكروبات الزهري تذهب ولو قليلاً معالم القرحة الزهرية ، ولذلك يجب عمل عينة من هذه القرحة لفحص ميكروسكوبياً للتحقق من وجود سبيروشيتا باليدا . وأما القرحة التى تظهر على الثديين أو العجزين عند النساء فلا يكفى فى تشخيصها مظاهر القرحة الاكلينيكية كما هى عند الذكور بل يجب عمل الفحص الميكروسكوبى لأن النساء معرضات للتلفح بميكروبات قرحة أولية تنتج عندهن قرحة جديدة على أية منطقة بعيدة عن القرحة الأولية .

(٢) أهم الاعراض الاكلينيكية لتشخيص الزهري النسائى :

(١) ظهور القرحة الزهرية على الفرج أو الشفرين أو المهبل مع وجود التحليل الميكروسكوبى الايجابى للسبيروشيتا باليدا فى القرحة التى تظهر فى هذه المناطق .

(٢) وحوود « أوزيما متصلبة » "Indurated Oedema" على شفر واحد أو الشفرين للفرج عند المرأة مع وجود قرحة أو ما يشبه - اكلينيكيًا - قرحة زهرية ، وهذه الاوزيما المتصلبة أو المتحجرة تعتبر عادة - من الوجهة الاكلينيكية - من أحسن العلامات لتشخيص الزهري النسائى .

(٣) ظهور بعض التقرحات على سطح عنق الرحم : هذه التقرحات قد تظهر فى شكل حبيبات أو بثور صغيرة أو كبيرة على « الشفة العليا » أو « الشفة السفلى » لعنق الرحم عند فحصه بالمنظار ، وقد تظهر بشكل تقرحات متسعة (راجع الرسم نمرة ٢٢ فى صحيفة ٨٨) ، وراجع أيضاً (الرسم نمرة ٣٨ صحيفة ١٥٠) .



رسم (٣٨) تقرحات زهرية ديفية على النقرة السفلى لعنق الرحم
عند سدة ، و يرى الشفاه العليا لعنق الرحم مضخمة ايضا وكانت
العدد مصحمة في اكثر مجموعات العدد بالجسم .

(٤) جميع التقرحات الزهرية الثانوية على أعضاء النساء التناسلية الأولية يكون تشخيصها ايكلينيكياً صعباً أو شاقاً أو بلغة فنية أدق يكون محتاجاً الى عناية اكبر من تشخيص حالات زهرية أقل خطورة ، والسبب في ذلك يعود الى أن هذه التقرحات تظهر عادة على سطوح مخاطية كسطوح الشفر الكبير أو الصغير أو كسطوح المهبل الداخلية أو سطح عنق الرحم المخاطى بطبيعته أو كسطحي الفخذين الداخليين مع فربهما من سطحي الفرج السطحيين مع ما يحيط بهما من « العرق » أو كل الإفرازات التي تنتج عن تلاصق سطوح مخاطية بسطوح مقفولة من الأنفخاذ أو المعزين .

(٥) الفرد المتورمة أو الفرد المنفخمة حول منطقة الأعضاء التناسلية او بين مناطق الجسم المختلفة : أهم هذه الغدد التي قد تتورم أو تتصلب أو تتضخم هي الغدد التي ذكرها عند ذكر الغدد عند الذكور . وأما الغدد التي تتضخم عند الإناث نتيجة لقرحة زهرية على واحد من التدين فهي غدد تحت الأبط وأحياناً جميع مجموعة الغدد التي في العنق وتحت الفكين والبراعم ، وفي بعض الحالات الغدد الصدرية أيضاً .

(٦) الحليجات الرطبة » - تظهر في اكثرية الحالات عند النساء في دور تعميم العدوى حليجات رطبة سطحها يشبه القطيفة الناعمة الحمراء التي يكون سطحها رخو منشع بالماء .

(٧) الناسور الزهري النسائي : - ليس الناسور من علامات الزهري القاطعة ولكنه قد يصير في بعض الحالات علامة ايكلينيكية قاطعة عند ما يكون بصحبة علامات قوية في تاريخ المرض وتطوره مع ما يصحب ذلك من اكتشافات ميكروسكوبية أو بكتيريولوجية لها أهمية خاصة في التشخيص .

والناسور الزهري عند النساء الذي له هذه القيمة عادة هو « ناسور بولي » نتيجة تقرحات ثانوية وهذا نادر ، أو نتيجة صمغية زهرية ، وأما الناسور الشرجي

النسائي فليس بنادر بغض النظر عن سببه الزهري لأنه يحدث بنسبة أكثر في حالات الولادة وغيرها .

(٨) **الآلوم الصربية** تكثر عند النساء في «دور تعميم العدوى الزهرية» عنها عند الرجال ، لأن الثديين قد يتأثران في هذا الدور عند النساء أكثر من تأثرهما عند الرجال لصغر حجم وقلة نشاط الثديين عند الرجال .

(٩) **الاجهاض** — أى « السقط » — (ابورشن) المتوالى في أكثرية الحالات ، والاجهاض الواحد في بعض من الحالات ، والاجهاض المتعدد لمرة أو لثلاث أو أربع مرات في أكثرية الحالات يكون سببه مرض الزهري المكتسب أو الوراثي^(١) .

(١٠) **وجود صمغيات زهرية حول الثديين أو الشفريين** — ومن أهم العلامات التشخيصية في هذه الحالات هي وجود علامات بعض الألم في الثديين عند الإناث ووجود بعض علامات الالتهاب في الأوردة المحيطة بغدد الثديين .

(١١) **الصلع** : — ينتشر الصلع الزهري في شعر النساء أكثر من انتشاره في شعر الرجال ، وكثيرون يظنون لهذه اللحظة أن الصلع — بأنواعه المختلفة ، عند الرجال والنساء — لا يعالج ، والحقيقة التي لا شك فيها أنه مرض كغيره من الأمراض يعالج كما يعالج الرمى الصديدي وكما يعالج التهاب الرحم والمبيضين وغيرها .

(١) كلمة صغيرة من الزهري الوراثة بمناسبة ذكر الزهري الوراثة في موضوع — الاجهاض — أى السقط عند النساء . كثير من النساء يجهضن — أى يحدث لهن « السقط » . وتظن كثيرات منهن أن هذا « السقط » حدث لهن بالصدفة ، والحقيقة هي أن أكثر من تسعين في المائة من حالات الاجهاض أى السقط يكون سببها مرض الزهري الوراثة أو المكتسب عند الزوج أو الزوجة ، وأما اعتذار المرضى دائماً بأن « والدي ووالدتي كانا من أحسن الناس خلقاً ، وعائلتنا ليس بها مرض » فهذا قول يجوز الرد عليه بقولنا « وإذا كانت كل تواريننا التناسلية نقية من الأمراض في جميع عائلاتنا فمن أين جاءنا المرض التناسلي أو غيره من الأمراض ؟ »

الزهرى الخبيث

(سيفيليس مالبجنا)

لا يختلف الزهرى الخبيث عن الزهرى العادى فى أنه مرض الزهرى بعينه . ولكنه زهرى شديد جداً لدرجة تستلفت النظر أعطته هذا الاسم لطريقة سيره وتقدمه عند المريض . ويتميز عن الزهرى العادى بقصر أدواره الأولية فدور الحضانة قصير (راجع صحيفة ٣٦) وبعد ذلك يأتى دور القرحة وتنمو القرحة فى الزهرى الخبيث وتكبر وتتسع وتفتك بالجزء الذى تنمو عليه بالجسم فتسبب شديداً وسروراً (راجع رسم ٢٤ حرف ١ صحيفة ٩٢) وتتقرح تقرحاً شديداً وبعد ذلك بقليل يبتدىء دور تعميم العدوى ويكون الشانكر باقياً وربما كان لا يزال يتقرح ويتسع حينما تعم العدوى الجسم وتبتدىء أشكال الطفح الزهرى العادية تظهر ويندر ظهور طفح اللطخ أو طفح الحليماات ويكثر ظهور طفح البثور فى الزهرى الخبيث ، ويبتدىء سطح البثور يتقرح بسرعة وتتسع البثور بسرعة أيضاً وتختلط ببعضها فيصل حجمها لاتساع المليم أو القرش الصاغ أو الخمسة قروش أو الريال ، وتكون بأشكال منتظمة وأحياناً تكون غير منتظمة ، ويكون سطحها مغطى بقشرة سميكه صفراء أو صفراء خضراء رمادية متسخة تشبه فى شكلها الجزءاء الزهرية (روبا سيفيلينيكا) . وأحياناً يوجد بجوار هذا الطفح بعض حليماات كبيرة متصلة جداً وكثيراً ما تظهر فى سطحها بثور صغيرة تنسع وتتقرح ويظهر حولها حليماات أخرى وهكذا فيكون الطفح متعدد الأشكال . ويصحب الطفح فى الزهرى الخبيث أعراض عامة كثيرة كفقير الدم وأوجاع روماتزمية بالمفاصل والعظام والام بالرأس تسمى صداع الزهرى الخبيث ، وارتفاع فى درجة الحرارة فتصل الى ٤٠ أو ٤١ درجة سنتيجراد . وأحياناً يتورم السحقاق (پيريوستيوم) فى عظام كثيرة بالجسم خصوصاً عظام الساق والذراع . وأحياناً تظهر الأعراض التى يكثر ظهورها عادة فى الادوار المتأخرة فى الزهرى العادى وتظهر مبكرة فى دور تعميم العدوى فى الزهرى الخبيث كأنواع الشال التام أو الجزئى أو

(التايس) أو الصمغيات الزهرية وغيرها من الأعراض في الأعضاء الداخلية كالكبد والطحال أو العيون . وأحياناً يشعر المريض بآلام شديدة بالعظام أو تحصل تقرحات زهرية بالأغشية المخاطية الداخلية كغشاء البلورا - غشاء الرئتين - أو كغشاء القلب أو في سطح الأمعاء. وينتج عن هذه التقرحات نزيف داخلي قد يودي بحياة المريض في بعض الحالات .

وعلى العموم فيعتبر ظهور الزهرى بهذا الشكل الخيث كعلامة خطيرة لمستقبل المريض وكداع مهم لتقوية العلاج وملاحظة المريض جيداً لأن أكثر حالات الزهرى الخيث تنتهى بنوع من الشلل أو بأمراض خطيرة أخرى .

ولوحظ^(١) انه رغماً عن العلاج فيعود الزهرى لنشاطه خصوصاً في الثلاث أو أربع سنوات الاولى وتعود أنواع الطفح للظهور بشكلها الاولى ولكن بدرجة ضعيفة، وأحياناً يشبه شكايها شكل أنواع الطفح التي تظهر في دور رجوع الأعراض بالزهرى العادى فيكثر مثلاً ظهور طفح الزهرى المتقرح الثعبانى . وليتذكر القارىء ان الغدد الليمفاوية لا تكون متضخمة بنفس الدرجة في الزهرى الخيث أو متصلة كتضخمها أو كتصلبها في الزهرى العادى . هذه هي مميزات الزهرى الخيث وقد لوحظ ان أنواع الطفح الزهرى الخيث ليست معدية كما هي بالزهرى العادى . ولاحظ بوشكة ان ميكروبات (سپيروشبتا باليدا) لا توجد بسهولة بتقرحات الزهرى الخيث كما هي في الزهرى العادى ولو أنه يمكن تلقيح القردة بأفرازات هذه التقرحات ويظهر عاينها الزهرى . وللآن لم يجد العلماء تعليلاً قاطعاً لشدة الزهرى الخيث ولم يعرفوا حقيقةه ويمكننا ان نعلل ظهور الزهرى بشكايه الخيث هذا أحياناً بأنه لما يصاب بعض المرضى بالزهرى وتكون حالتهم الصحية ضعيفة وقوة مقاومتهم للمرض الجديد منخفضة فيفتك بهم الزهرى هذا الفتك الشنيع السريع اذ لا يوجد فرق ظاهر بين ميكروبات الزهرى العادى والزهرى الخيث واعتقد أنه لا مانع من وجود تطورات بيولوجية في تاريخ حياة الميكروب (صحيفة ٢٧) يتسبب عنها فوارق في شدة المرض وضعفه .

ويكثر ظهور الزهري الخيث بين العاهرات والممثلين والراقصات وذلك لاهتمامك
أكثر هذه الطبقات في الملاذ وتعاطى الخمر والسهر المتواصل بدون انقطاع .
ويعالج المرض كعلاج الزهري العادى الا ان الزهري الخيث يتحسن ويتقدم
للشفاء فى أدواره المتأخرة باستعمال بعض املاح الزئبق أو اليزموت ويفضلون ذلك
على استعمال مركبات الزرنيخ الحديثة - راجع باب العلاج .

سيفيليس دامبليه

قلنا فى صحيفة ٤٨ انه يوجد نوع من الزهري لا تظهر فيه قرحة زهرية أولية
ويسمى هذا النوع (سيفيليس دامبليه) ^(١) ويعتقد المؤلف ان أكثرية الحالات التى
يظنون أنها من هذا النوع هى حالات من الزهري الذى ظهر فيه شانكر متأكل صغير
لم يلاحظه المريض واختفى . ولو ان المؤلف لا ينكر وجود بعض الحالات التى تحصل
فيها اصابة بالزهري بواسطة عدوى مباشرة فى مجرى الدم العمومى كأن يحصل جرح
لطبيب فجأة وهو يعالج مريضاً بالزهري أو كأن يحصل لطبيب مولد عند توليده سيدة
مريضة بالزهري فتنتقل العدوى لدمه مباشرة فلا يظهر عليه شانكر بل يظهر طفح زهري :-
كما حصل لطبيب بأحد مستشفيات القاهرة عندما كان يولد امرأة من بولاق وقد أتانى وعليه
طفح حلسمى بثرى ولم تظهر عليه أى قرحة زهرية أولية وتحققت من أنه مصاب بالزهري بأخذ
عينة من دمه وبنحسها وجدت (ع . ف) ايجابية وبعمل العلاج الزهري شنى الطفح بعد ثانى
حقنة من (زيلبر سالفارسان) أى السالفارسان الفضى وقد أصر على أخذ هذا النوع من العلاج
لأنه كان قرأ عنه « انه أحسن علاج » وبعد تنعيم العلاج شنى تماماً وقد عملت له (ع . ف)
٧ مرات فى مدة ٧ شهور . وكانت النتيجة سلبية .

أو كأن يظهر شانكر متأكل على عنق الرحم عند سيدة (كالحالة التى ذكرناها
فى صحيفة ٦٩) أو كأن تصاب سيدة بشانكر بالرحم عند أخذها العدوى من منى
الرجل كما قلنا فى صحيفة ٢٩

(١) ليلاحظ القارئ ان هذا النوع من الزهري يسمى دائماً سيفيليس دامبليه فى جميع اللغات
أى ان الانكليز والالمان والاطليان والروس والاميركان واليابان وغيرهم يستعملون دائماً الاسم
الفرنسي لان الفرنسيين وضعوا له هذا الاسم ووجد علماء العالم كله ان هذا الاسم يقوم بوصف
المرض وبتفسير معناه فلم يضعوا له اسماً آخر وهذا ما اضطر المؤلف ليعمل هذا الاسم بدون
ان يجتهد لاييجاد ترجمة له بالعربية .

وقصارى القول هو نوع من الزهري لا يختلف عن غيره من الانواع الاخرى الا بعدم ظهور قرحة أولية ، لأن القرحة الزهرية الاولى لا تظهر الا على المرضى الذين يتعرض جلد هم أو سطوح جسمهم المخاطية للعدوى ولقد فهم القارىء أن العدوى فى هذا النوع تدخل للجسم فى مجرى الدم مباشرة .

الزهري الوراثةي (كونيغينيتال سيفيليس)

قلنا فى صحيفة ٢٨ أن طرق العدوى تنقسم الى (١) العدوى المكتسبة و (٢) العدوى الوراثةية . وتكلمنا على النوع الاول والآن نتكلم عن :-

(٢) العدوى الوراثةية — اذا كان واحد من الوالدين أى الأب أو الأم مصاباً بالزهري فيولد طفلها عادة مصاباً بالزهري . ويسمى هذا النوع بالزهري الوراثةي . وقد كانوا يعتقدون سابقاً أن الوالد وحده هو الذى يورث ابنه المرض أما الأم فانها لا تورث ابنها الزهري حتى اذا كانت هى مصابة به . ولـكننا الآن نعتقد أن أحد الوالدين كاف لاتاج نسل مريض . نعم دارت مباحث طويلة بين العلماء للوصول للحقيقة وأجمعت الاكثرية الحديثة على أن الرأى الأخير هو الصواب . واكثر من ذلك كان يظن البعض أن الأم التى تلد ابناً مريضاً بالزهري وتكون هى سليمة من المرض لا تنتقل لها العدوى أى لا تصير هى مريضة أيضاً ونحن نظن أن أصحاب هذا الرأى بنوا اعتقادهم على أن الأم فى كثير من مثل هذه الحالات لا تظهر عليها أعراض زهرية معروفة حتى ظهرت طريقة فازرمان لفحص الدم (ع . ف) فبينت خطأ أصحاب هذا الاعتقاد إذ فى كثير من هذه الحالات وجدت (ع . ف) ايجابية عند الامهات . ولكن كثيراً من العلماء العظام أمثال فورنييه وهتشينسون ^(١) قرروا

(١) حتى ان العلامة هتشينسون اعترف بأن اكثرية الامهات اللواتي يلدن اطفالاً زهريين يكن مريضات بالزهري ويكون المرض عندهن غير ظاهر .

هذه الحقيقة قبل ظهور عملية فازرمان ، واذا راجعنا تجارب (نيسر)^(١) عن التلقيح بميكروب الزهري وجدنا تعليلاً لعدم ظهور أعراض زهرية معروفة على بعض الامهات اذ لاحظ أن تلقيح الجلد أو السطوح المخاطية سطحياً ينتج أعراضاً زهرية واضحة . وتلقيح الطبقات العميقة للجلد (صبيكوتينيص) لم ينجح الا بمقدار ٤ في المائة . وتلقيح السطوح المكشوفة من طبقات الجلد كلها وتلقيح داخل الپريتون (انتراپيريتونيال) أو تلقيح جروح عميقة أو عقد ليمفاوية لا يكون ناجحاً قط . وبما تقدم يرى القارىء سهولة تفسير عدم ظهور أعراض على أمهات أطفال الزهري الوراثى إذ أن العدوى تصلن عن طريق الرحم أى أنها لا تصل عن طريق التلقيح الخارجى للجلد أو لأعضاء التناسل ولذا يستمر الزهري عندهن مخفياً ، ولكننا نكتفى بما تقدم لأن هذا المبحث يستغرق وحده مؤلفاً كبير جداً من مؤلفنا هذا . ونذكر اصحاب اعتقاد بقاء الأم سليمة - بعد أن تلد طفلاً مريضاً بالزهري الوراثى من أبيه - بأن العدوى تكون انتقلت اليها هى أيضاً ولا توجد أدلة على صحة ذلك أكثر من ان (ع . ف) تكون ايجابية وان فحص المشيمة بعد الولادة أثبت وجود ميكروبات سيروشيتا بها وانها حملت فى بطنها مريضاً بالزهري وانها هى وهى الأم السليمة فى نظرهم تظهر عليها أعراض الزهري المتأخرة كأورام العظام والشفال . . . الخ فى دور رجوع ظهور الاعراض وان الدورة الدموية للطفل المصاب متصلة تمام الاتصال بالدورة الدموية عند أمه السليمة فى نظرهم . والآن نتكلم عن نفس الزهري الوراثى عند الاطفال :-

اعراضه :- تنقسم أعراض الزهري الوراثى الى قسمين (١) الاعراض المبكرة (ب) الاعراض المتأخرة .

(١) الأعراض المبكرة تظهر عند أو عقب الولادة . ويولد بعض هؤلاء الاطفال عادة بدون أن تظهر عليهم أى أعراض ظاهرة . اذ أن الأطفال الذين يؤثر عليهم الزهري تأثيراً خارجياً ظاهراً يموتون داخل ارحام امهم قبل الولادة وبعضهم تجهضهم



رسم نمرة (٣٩) طفل مصاب بالرهري الوراقى

وترى طفحاً زهرياً من النوع الحليمى البثرى منتشراً على وجهه وصدره
وأطرافه . توفى بعد ولادته بأربعة أسابيع .

أمهاتهم في رابع أو خامس شهر للحمل . وتتركب الأعراض المبكرة عادة من طفح زهرى يظهر على الجلد والسطوح المخاطية وملحقاتها ومن تغيرات زهرية في أجهزة الجسم المختلفة وأهمها تأثير الزهرى على الطحال والانف والكبد والعيون والعظام. إلا أن (الطفح الجلدى) و (الحكة) أى تغير صوت الطفل من النغمات الرقيقة الناعمة الى الصوت الأخن الخشن المطموس الذى ينتج عن تأثر سطح الانف المخاطى بالزهرى وما ينتج عن ذلك من تأثر غضروف وعظام الانف يعتبران أهم الاعراض وأولها فى الظهور.

الطفح الجلدى - يظهر الطفح بعد الولادة بمدة ٣ أسابيع الى ١٠ أسابيع ولو أنه يظهر أحياناً عند الولادة أى يولد الطفل وعليه طفح زهرى . وأحياناً يظهر الطفح متأخراً أى بعد ٣ أو أربعة شهور ويتأخر أحياناً لمدة سنة بعد الولادة . وقد ذكر بعض المؤلفين حالات ظهر فيها الطفح الزهرى بعد سنتين أو ٣ سنوات ولكننى اظن أن الطفح الذى ذكره كان طفحاً عائداً للظهور (ريكارنت) واطن فى نفس الوقت أن الطفح الأولى كان ظهر بشكل ضعيف جداً لم يلاحظه أهل المريض . وهنا اذكر حالة ربما تفيد القارىء

زارتنى سيدة ومعهما طفل عمره ٣ سنوات وعليه طفح زهرى لطخى حليمى وليس عنده أعراض أخرى وبفحص الطفح وجدت بثوراً صغيرة جداً وسط الحليمات أيضاً . ومن تعدد أشكال الطفح فكرت فى الزهرى وسألت أمه عن تاريخ ولاداتها فعلمت أنها أجهضت مرتين وولدت ولداً سليماً وبنتاً متمرضة دائماً . وسألتها عن أمراض تناسلية فى طائفتها أى عندها أو عند زوجها فأكرت وجود شيء من هذا . فطلبت احضار الطفالين الآخرين وفحصتهما فوجدت أعراض الزهرى الوراثى ظاهرة على الولد والبنت الصغيرة من ابى افطس واسنان هتشينسون . ووجدت آثار الطفح الجلدى الباقية على الشفتين عند البنت بشكل سحجات ملتصقة وسط الشفة السفلى وعلى حائبيها . ويعمل (ع . ف .) للأم والأب والمريض الصغير وجدت النتيجة ايجابية عند الأم والمريض وسلبية عند الأب (وفهمت منه أن طبيبه يعالجه من سنة ونصف وعلاجه هو الزئبق فقط وقد عولج بالزئبق مراراً قبل ذلك ولكنه يأسف لأن اولاده يولدون هكذا) ولذا قررت ان الحالة حالة زهرى ورأى عند الطفل وطاحته وشى تماماً . ولكننى سألت الام عما اذا كان ظهر عليه طفح جلدى قبل الان فأكدت انه لم يظهر عليه أى طفح غير انها لاحظت ظهور احمرار على جلده فى شكل لطخ واسع منفصلة عن بعضها لما كان عمره شهراً واحداً وسألت جارتها عنه فعالت لها ان هذا امر بسيط وأعطتها مرهماً زئبقياً عندها كان يستعمله زوجها وقالت لها « ادهنى ابنك يا اختى مره كل ليله من ده وهو يطيب » . وملا ذهب الطفح .

ومن هذه الحالة يرى القارىء أن ما لاحظته الام كان طفحاً لطخياً أو وردية
زهريّة وباستعمال الزئبق اختفى . وان الطفح الذى رأيته أنا بعد ٣ سنوات كان
طفحاً عائداً للظهور كما قلنا . ولا يختلف الطفح فى الزهرى الوراثة عنه فى الزهرى
المكتسب اذ يظهر بشكل لطخ أو حليات أو بثور . الخ ويكون متعدد الاشكال
ولكن تعدد الأشكال فى الزهرى الوراثة قليل اللهم الا فى زهرى البثور اذ تظهر
بثور مع اى طفح آخر فترى طفحاً لطخياً بثرىاً او حليمياً بثرىاً وهكذا . واكثر طفح
يظهر فى الزهرى الوراثة هو **الطفح الزهرى اللطخى** ويظهر عادة بشكل لطخ متسعة
مستديرة فى شكلها ولو أنها تظهر أحياناً بشكل غير منتظمة ويكون لونها اصفرًا قائماً
أو احمرًا نحاسياً او نحاسياً قائماً ويكثر ظهور قشور صغيرة على هذه اللطخ وتظهر عادة
على الاليتين وتمتد الى أسفل الاليتين على الفخذين وتظهر على الاطراف بالجهات
القابضة (فليكسور) . وتظهر على الوجه او الصدر وأحياناً ينتشر الطفح على الجسم
كله . وعند ما يظهر الطفح على اى نقطة من الجسم يكون جافاً مغطى ببعض القشور
الصغيرة ولكن عند ظهوره على الاليتين يتسخ من الغائط وتبويل الأطفال فيصير
طفحاً زهرىاً منسخاً وأحياناً يظهر بشكل اكزيما زهرية . ولا توجد مشقة فى تمييز
الطفح اللطخى الزهرى من باقى امراض الجلد المختلفة اذا لوحظ شكل الطفح وانتشاره
خصوصاً حول الانف وزوايا الفم وبالجهات القابضة للاطراف . ولا نذكر القارىء
بأن تعدد الأشكال بالطفح من أحسن مميزات الطفح الزهرى وان تشخيص
الزهرى يحتاج لتذكر باقى أعراضه . ولا تختلف اشكال الطفح الاخرى كالطفح
الحليمى أو البثرى . . . الخ عنها فى الزهرى المكتسب .

ويظهر على الاطفال أحياناً طفح البثور الملتحم . وكما ذكرنا فى صحيفة ١٠٨
يسميه العلماء حينئذ الفقاع الزهرى . ولكن هذا الطفح لا يكون عادة من نوع الفقاع
الزهرى فى كل الجسم بل يكون مصحوباً بطفح اللطخ الزهرى . ولما يظهر الفقاع
الزهرى (پمفيجوس سيفيليتيكوس) يعتبر نذير سوء إذ انه من علامات الخطر على حياة
الطفل وهو يظهر عادة عند الولادة أو بعدها بقليل أى فى المدة التى يكون الطفل فيها
عاجزاً تماماً عن مقاومة أى هجوم ولو بسيط على جسمه فما بالك بطفح بثرى كهذا



الزهرى الوراثى

(رسم نمرة ٤٠)

(١) ولد تأكلت عظام أنفه بالزهرى الوراثى فى دور الاعراض المتأخرة ويرى القارىء التشويه العظيم الناتج عن ذلك فى وجه المريض «راجع صحيفة ١٦٣» (بوشكه).

(٢) طفح حليبي لخطي منتشر على سطح جسم طفل مصاب بالزهرى الوراثى ونستلفت نظر القارىء لتشكل الخمول والتمرض الظاهرين على الطفل (بوشكه).

(٣) طفل صغير عنده تشقق أى سحجات على شفتيه نتيجة الزهرى الوراثى (راجع صحيفة ١٦٣).

وفي بعض الحالات يظهر طفح يشبه الجدرى (قاريولويد) وهو يظهر على الوجه حول فتحات الأنف وعلى الشفتين وعند زاويتي الفم وتكون به فقاقيع تشبه (هرپس الحميات) وكثيراً ما تقود هذه الفقاقيع الطيب لتشخيص الحالة كنوع من الحمى كالتهاب رئوى (پنومونيا) أو التهاب شعبي رئوى (برونكو پنومونيا) مع ان عناية صغيرة في التشخيص كانت تقوده لتشخيص الزهري الوراثي حالا .

هذا وصف اجمالي للطفح الزهري الوراثي

وعلى العموم تظهر أنواع الطفح الزهري على الايتين أو الاطراف بمجهااتها القابضة (فليكسور) ، أو أسفل البطن وعلى الوجه حول فتحات الأنف وحول الفم والعيون خصوصاً على حاجبي العيون . ويعتبر ظهور الطفح داخل الأيدي أو بطن القدم^(١) من العلامات القوية المشخصة للزهري ويكون الطفح هناك من نوع الطفح المنتشر على الجسم أو بشكل قشور صغيرة .

ملحقات الجدار - يكثر سقوط الشعر في الزهري الوراثي ويكون غير لامع كالشعر السليم . ويكون نحيفاً رقيقاً وقصيراً بالنسبة لطوله عند الاطفال غير المزهورين وتوجد بعض قشور على فروة رأس الطفل . ويظن بعضهم أن الشعر ينمو بجوار بعضه ويكون كثيفاً في الزهري الوراثي ويظهر لي ان هذا الاعتقاد غير صحيح لأنني رأيت أطفالاً كثيرين بشعور كثيفة تشبه شعر السيدات وليس بهم أى أعراض زهرية .

وأما الاظافر فأنها تصاب بالداخس الزهري أو خارج الداخس الزهري حيث يوجد صديد على جانبي الظفر أحياناً . وتصاب كل الاظافر أو بعضها وغالباً يظهر مرض الاظافر على ظفر واحد . وتصاب اظافر الأيدي والاقدام وتكثر إصابة اظافر الايدي . ولم أرا أكثر من ٩ حالات للآن وأظن ان مرض الاظافر من الأعراض القليلة الانتشار في الزهري الوراثي .

زهري السطوح المخاطية - تلهب السطوح المخاطية كلها خصوصاً سطح

الأنف « رينيتس Rhinitis » فيصير جافاً وينتج عنه (الخنف) عند الاطفال فيصير صوتهم خشناً بشكل مخصوص يفهمه الاطباء عند سماعه ولو مرة واحدة ، ويتقرح قليلاً قليلاً حتى يصل تقرح السطح المخاطي الى غضروف الأنف الذي يبتدىء بتآكل فينزل الأنف شيئاً فشيئاً عند جزئه الاعلى فيصير المرض كما يصفونه أحياناً « بأنف نصف أفطس » . وتكون رائحة الفم كريهة من التقرحات المستمرة بها وتقف هذه التقرحات في طريق نمو عظام الأنف فتتمو الأنف بشكل قبيح يعطونه وصف أنف « مثل سرج الحصان » (سادل نوز) وتستمر الأنف التي تتخذ هذا الشكل حتى يكبر الطفل وهي هي لا تتغير حتى بأحسن علاج ^(١) ويعتبرون شكل الأنف هذا (صورة ١ برسم ٤٠ صحيفة ١٦١) من أحسن العلامات المشخصة للزهري . وربما كانت التغيرات الزهرية بالشفيتين علامة أحسن لتشخيص الزهري الوراثي من تغيرات الأنف وأول تغير يحصل في الزهري الوراثي هو ضياع ظهور الخط الفاصل (لين أوف ديماركيشن) بين سطح الجلد والسطح المخاطي أي السطح الاحمر في الشفة - خصوصاً الشفة السفلى - على طول هذا الخط ويحصل فيه ارتشاح (اينفيلتريشن) ويصير خشناً أحمر أو أحمر نحاسياً ويبتدىء سطح الشفة المخاطي الأحمر الجميل عند الأطفال يلهب فيصير جافاً خشناً ويتشقق أي تحصل فيه سحجات (راجيدز) ، وتعتبر هذه السحجات من العلامات المميزة للزهري الوراثي في أدواره الأولية (راجع رسم ٣٩ ورسم نمرة ٤٠ رقم ٣) وتبقى التحامات هذا التشقق مدى الحياة وتكون علامة على فم المريض - اذا لم يعالج بسرعة - تشهد بأنه كان عنده الزهري الوراثي ويظهر هذا التشقق عادة بطرفي الشفتين العليا والسفلى وتتجه السحجات بالشفة العليا بارتفاع جهة الأنف وبالشفة السفلى بانخفاض نحو الذقن وكما ان تقرحات الشفة من الاعراض المبكرة في الزهري الوراثي فإنها كذلك من الأعراض المتأخرة . ولا توجد مشقة في تشخيص زهري السطوح المخاطية بالزهري الوراثي ولكنني استحسن

(١) يعملون الآن انوفا صناعية في المانيا وفرنسا وأسوج لاصلاح هذا الشكل صناعياً عند الاطفال وعند الرجال الذين تلتف انوفهم التقرحات الزهرية المختلفة .

القات نظر القارىء الى مرض ربما يخطئ الطيب ويظنه زهرياً وراثياً وهو التهاب الجلد المتقشر (ديرماتيتيس ايكسفولياتيفا) حيث يحصل تقشر عام على سطح الجلد أحياناً فتتكشف مساحات مختلفة يكون لونها أحمر دمويًا ويحدث هذا حول الفم أيضاً وعلى الشفتين فلا يختلف المرض في شكله الظاهري كثيراً عن الزهري الوراثي ، ولكن اذا لاحظ الطيب ان الطفح في المرض الجلدي ينتشر على الجسم كله الا داخل الأيدي وعلى بطن القدم وانه لا يوجد تشقق حقيقى على الشفتين بل تسلخات غير منتظمة وليست في خطوط مستقيمة في عرض الشفة كالزهري الوراثي وأن الطفح ينتشر على اللسان وعلى كل السطح المخاطي للفم وهذا مالا يحصل بانتشار في كل الفم في الزهري الوراثي وان (ع . ف) تكون سلبية دائماً وأنه لا يوجد تاريخ لمرض الزهري في العائلة و . . . الخ أمكنه تشخيص الحالة بسهولة .

بأى الاعراض المبكرة فى الزهري الوراى

تصاب العظام بالتهابات مختلفة فى الزهري الوراى وتحصل الاصابة فى تقط مختلفة من العظمة فى الحالات المختلفة . فىرى التهاب بمراكز العظام المستطيلة عند أطرافها (ايبفيزيز) وبجسم العظمة (بودى) . ويحصل التهاب داخل العظام (ايندوستيال) ، أو بالسحقاق (سيفيليتيك پيروسيتيتيس) ويكثر ذلك فى الأطفال المزهورين ما بين السنة السادسة الى السنة الرابعة عشر كما سترى فى الجدول (١) صحيفة ١٧٢ عن الزهري الوراى و . و . وهكذا . . . الخ من التهابات العظام المختلفة . وتصاب عادة العظام الطويلة أولاً وأكثرها اصابة عظم العضد (هيوميرص) فعظم الكعبرة (ريديص) فعظم الزند (الننا) فعظم الفخذ (فيمر) فعظم القصبة (تيبيا) فعظام اليدين^(١) والقدمين فعظام الجمجمة . وتظهر أعراض اصابة هذه العظام فجأة أو تدريجياً وتظهر عقب الولادة مباشرة أو تتأخر نوعاً بعدها . ويصف أهل المريض اعراض المرض عند الطفل بقولهم أنه لا ينام كثيراً ويكي

ويصرخ اذا حمله انسان من ذراعه او اذا لمسه شخص في ساقه أو فخذه . . . الخ، ويظهر عادة ورم قليل حول العظمة الملتهبة، وأحياناً يلاحظ الطبيب شبه شلل وانحطاط في قوى وسمك العضلات المحيطة بالعظام الملتهبة وهذا ما يضطر أهل المريض للشكوى من ان ضعفاً ظهر على ذراع الطفل أو ساقه مثلاً . ونستلفت نظر القارئ الى التغيرات العظمية التي تحصل في عظام الجمجمة اذ تكون عظمة مؤخر الرأس (او كسيبتال بون)، وعظمة الجدار (پاريتال بون) رقيقتين جداً في وسطهما ، ويمكن الطبيب أن يضغط هذه العظام فيشعر بمرونتها تحت أصابعه . وأحياناً تتضخم عظمتا الجبهة (فرنثال بونز)، وعظمتا الجدار (پاريتال بونز) ويتكون باجتماع الاربع عظمت شكل صليب فوق رأس الطفل، ^(١) وهذا الصليب عندما يتكون يكون من احسن العلامات للزهرى الوراثى . ولضيق المقام تقتصر هنا على ما تقدم ونتكلم عن التغيرات الزهرية بالطحال اذ يكبر الطحال ويتضخم ولوحظ ذلك في ٤٠ في المائة من حالات الزهرى الوراثى وخصوصاً في حالات الزهرى الوراثى عند الأطفال في بدء حياتهم أى من يوم الولادة الى سنة أو سنتين من أعمارهم ، ويمكن تشخيصه بالفحص باليد (بالپيشن) فيشعر الطبيب ان الطحال كبير ونازل عن حافة آخر ضلع بتقدير سنقى ونصف الى ٤ سنقى بالجهة اليسرى للجسم . ويعتبر كثيرون من العلماء كبر الطحال وتضخمه من أحسن علامات الزهرى الوراثى ولو ان الكبر والتضخم يحدثان في أمراض أخرى بالأطفال كالانبيات المختلفة والسل مثلاً ولكن يمكن التمييز بينهما بمراعاة باقى أعراض المرضين . وأما باقى الأمراض فتتصرف في تضخم أو التهاب بعض الغدد الليمفاوية ويكثر هذا عند الأولاد ما بين السابعة والثانية عشر وسيأتى ذكره في الأعراض المتأخرة ولو أنه يظهر أحياناً ما بين السنة الثانية والخامسة ويندر ظهوره عقب الولادة مباشرة ، وفي تغيرات في الجهاز الدموى كالتهابات مزمنة بالشرابين والاوردة وما ينتج عنها من التأثير في باقى أعضاء الجسم ، وكبعض اضطرابات في التركيب الداخلى لأغشية القلب . وأما التغيرات التي تصيب الكبد فتتصرف في تضخم في حجم الكبد أو في ظهور صمغيات

(١) يعطون هذا الاسم Hot Cross Bun Head في المؤلفات الانجليزية لشكل الرأس الذى يظهر به هذا الصليب في تكوين عظامه .

زهريّة صغيرة، وفي بعض الحالات النادرة يكون ظهور هذه الصمغيات سبباً في يرقان الطفولة (ايكتيروس نيوناتوريوم) الذي يظهر أحياناً عند الاطفال ولكنني لم أر الا ثلاث حالات من هذا النوع، وتضخم الكبد يظهر في السنة الاولى من حياة الطفل المزهور ويمكن أن يظهر أيضاً في سني حياته بعدئذ وهذا قليل الحدوث .

وأما الصمغيات الزهرية الكبيرة التي تظهر في الزهري المكتسب فنادرة جداً ان لم تكن معدومة في الزهري الوراثي .

وقد رأيت حالات تضخم فيها البظر (كليتوريس) عند ٣ فتيات نتيجة الزهري الوراثي ولم اكن قرأت او سمعت عن حدوث مثل هذا المرض . ومن الغريب ان الفتيات كن اسرائيليات وكن اقارب اى من عائلة واحدة . ولأن لم اتمكن من تعليل ظهور هذا العارض عليهن وغاية ما وصلت اليه من التعليل هو انه توجد دائماً علاقة بيولوجية بين جميع الأمراض العائلية والسبب فيها هو وجود ارتباط نسبي عائلي بين كريات الجسم ونموها وخضوعها لانواع المرض وربما وجدت علاقة بين نوع الميكروبات من حيث نموها وتقدمها وفتكها في أنواع المرض المختلفة عند ما تكون في اجسام عائلة واحدة . والاعراض التي كان ينبغي لها أهل الفتيات هي ملاحظتهم ان الفتيات كن يلمسن البظر دائماً وباستمرار . وعند فحص البظر لاحظت انه متضخم قليلاً وتحيط به مواد بيضاء صفراء لزجة تشبه افراز الحشفة (سميجما) ولكن لونها اكثر اصفراراً، وقد تمكنت من اقناع واحدة من والدات هذه الفتيات الثلاث بفائدة (عمليّة الطهارة) وعملتها انا وبترت البظر وقلفته الصغيرة وجهازه لفحص باولوجي وفحصه لم أجد به ميكروبات سبيروشيتا باليدا بل وجدت به كريات ضخمة (حيات سياس) متعددة ووجدت تضخماً قليلاً بالشرابين وبالعلاج الزهري ذهبت جميع اعراض المرض واصبحت (ع . ف .) سليمة بعد ان كانت ايجابية.

وتحصل تغيرات زهرية بالعين مثل التهاب عصب النظر (اوپتيك نيوريتيس) وخور عصب النظر (اوپتيك اتروفي) والتهاب بالقزحية (ايرييتيس) والتهاب منتشر بالشمعية بالعين (ديسمينييتيد كوريويديتيس)، واكثر هذه الأعراض ظهوراً هو التهاب الشمعية بالعين ويليه مرض «التهاب قرني بين الأغشية - انترستيخال كيراتييتيس Interstitial Keratitis» ولكنه يظهر عادة ما بين السنة السادسة والسنة الرابعة عشر في الزهري الوراثي ولذا سيأتى ذكره في الأعراض المتأخرة . وتلتهب الرئتان في الزهري الوراثي وأهم نوع يظهر هو التهاب شعبي رئوي (برونكو پنومونيا)، ويظهر نوع آخر هو التهاب الرئة الابيض (هويت برونكو پنومونيا) ويظهر بوضوح

عادة في قاعات التشرح بعد الموت ولو ان بعض العلماء ذكروا ^(١) حالات من هذا المرض عند أطفال عمرهم من ٩ الى ١٤ شهر.

وتظهر اعراض أخرى بالمعدة والامعاء والبريتون والكلى . وقد تتأثر الخصيتان بالزهرى الوراثى ولكن حصول ذلك نادر جداً وقد لا يتعدى ٢ أو ٣ فى المائة من أكثرية الحالات .

ويتأثر الجهاز العصبى بالزهرى الوراثى وأهم ما يظهر عليه هو التهاب اغشية المخ ، وأحياناً يكون مصحوباً بالشلل العام وأحياناً يظهر الشلل العام وحده . وعند ما يكبر الطفل ويصير عمره ٦ الى ٩ سنوات يظهر عليه ضعف فى قواه العقلية ويصل هذا الضعف أحياناً الى درجة البله (ايدياسى) وقد يظهر هذا البله فى سن أصغر من هذا . وننصح القارئ بمراجعة كل ذلك فى مؤلفات اطول .

وقبل أن نختتم هذا الباب نذكر بعض اعراض أخرى تظهر فى الزهرى الوراثى وهى الحمى واضمحلال جسم الأطفال وتهيجهم المستمر . وقد لوحظ نوع من الحمى يستمر مرتفعاً مدة ٤ أو ٥ أيام ويصل الى درجة ٣٩ أو ٣٩.٥ سنتيجراد وينخفض ويستمر فى انخفاضه ويرتفع قليلاً لمقدار نصف درجة وينخفض وهكذا حتى يصل للدرجة الاعتيادية بعد بضعة أيام

ولوحظ ان جسم الطفل يحصل فيه اضمحلال وتقص فى الميزان مستمر اللهم الا اذا عمل العلاج اللازم . ولوحظ ان أول عارض يظهر على الأطفال المزهورين هو تهيج مستمر فبعد ان كان الطفل هادئاً ساكناً يبتدىء يبكى ويصرخ ويتحرك ولا يريد أن ينام ولا يحتمل حركة بجواره ولا يطيق لمساً فى يده أو ذراعه أو ساقه وذلك يعود للالتهابات الزهرية فى عظام الذراع وخصوصاً فى عظام الساق ، ويكثر حدوث ذلك ليلاً ، (راجع اسفل صحيفة ١٦٤ وصحيفة ١٦٥) .

ونرى أن نذكر هنا عارضين يكثر ظهورهما فى أواسط دور الاعراض المبكرة فتظهر على أطفال الزهرى الوراثى فى أول سنة من حياتهم اورام تؤولية

(كونديلوماتا)، وأحياناً يتأخر ظهور هذه الأورام الى سنتين أو الى ٥ أو الى ٦ سنوات، ولا تختلف في شكلها وطريقة نموها عن مثيلاتها في الزهري المكتسب - راجع صحيفة ٩٦ - إلا أنها أحياناً تتقرح وتشبه في شكلها القرع المزمنة ويكون سطحها نازلاً عن سطح الجلد الذي حولها وتكون حافتها محفورة من تحت (انديرميند). وتعتبر هذه الأورام من العلامات المؤكدة لتشخيص الزهري إذ لا يوجد مرض آخر يتسبب عنه عادة ظهور مثل هذه الأورام عند الأطفال. وتظهر عليهم اكزيما الشفتين (اكزيما اوريس) أحياناً في دور الاعراض المبكرة ولو ان هذه الاكزيما تعتبر من العلامات التي يكثر ظهورها في أواخر دور الاعراض المبكرة أى لما يكون الطفل في الثالثة أو الرابعة من عمره، وتختلف الاكزيما المبكرة عن الاكزيما المتأخرة بوجود تقرحات متسعة ومنتشرة على الشفتين فوق سطح الشفتين الاحمر، ويصل القرع لجلد الشفتين، بعكس الاكزيما المتأخرة التي تظهر بشكل اكزيما جافة ليس بها تقرحات ولا تنتشر على الشفتين بل تنتشر على جزء صغير أو كبير من شفة واحدة أو على الشفتين لما تكون عند زاوية الفم، ويكثر ظهورها على زاويتي الفم فتنتشر وتتسع بشكل (مروحة) صغيرة على جانبي الفم، وأحياناً تنتشر على الشفتين والوجه كله، ولكن لو أنها يكون أحمرًا ووسطها مغطى بقشور وفي بعض الحالات يوحد على السطح المصاب بهذه الاكزيما افراز مصلى دموى أو مصلى وعند ما يجف هذا الافراز تشكون منه قشور (كرامتا) تكون صعبة الانتزاع. ولوحظ^(١) ان هذه الاكزيما في دورى الزهري الوراثى تقاوم العلاج ولا تشفى بسهولة وانها تكون أحياناً مصحوبة بعلامات أخرى قوية مساعدة على تشخيص الزهري.

الاعراض المتأخرة في الزهري الوراثى

تتركب الاعراض المتأخرة من اعراض جلدية واعراض يباقي أجزاء الجسم. فالاعراض الجلدية تتركب غالباً من صمغيات كبيرة بعض الكبر في حجمها منفردة تظهر

على الجلد أو السطوح المخاطية ، أو تكون متعددة يكثر ظهورها على الجلد فقط ، وأحياناً تكون مصحوبة بالصدفية الزهرية البدوية (سيفيلينيك بالماريسورياسيس) . وأحياناً تظهر تقرحات شديدة متأكلة جداً (فاجدينيك الصيريشن) على الوجه فيتأكل الجلد وطبقات الوجه كله التي تحته حتى يصل التقرح للعظام وتتقرح العظام أيضاً ولذا يظن بعضهم أن الحالة مرض الذئب البسيط (لويوس فالجاريس) ولكنها تختلف عنه بكون التأكل ينتشر بسرعة مدهشة في بضعة أسابيع مع أنه يصل لهذه الدرجة في مرض الذئب بعد بضع سنين وباقي الاعراض تساعد على تمييزها من مرض الذئب . ولوحظ أن مثل هذا التقرح يصيب الاطفال المزهورين بين السنة الثامنة والخامسة عشر من عمرهم ^(١) .

وأحياناً تظهر اكزيما الشفتين الزهرية السابقة الذكر في صحيفة ١٦٨ .



(رسم نمرة ٤١)

اسنان الزهري الوراثة (نقلا عن كتاب فورنييه « الزهري الوراثة »)

وأما باقى أعضاء الجسم التى تتأثر فى الزهرى الوراثى فى هذا الدور فأهمها العظام والمفاصل والسكبد والعيون (وأهم عارض يظهر على العيون هو التهاب قرنى بين الأغشية (اينترستيشال كيراتيتيس) ولوحظ أن هذا الالتهاب لا يشفى تماماً - أى بدون أن يترك أثراً بالعين - بعمل أى علاج ضد الزهرى زرنىخى كان او يزموتى أو زئبقى. وأحياناً يظهر (التهاب القرنية بالعيون) ، ويتأثر أيضاً الجهاز العصبى اذ يحصل للطفل شلل عام أو صرع (ايبيليسى) فى أكثر الأحيان ، وتصاب الأوردة والشرايين بالامراض المختلفة نتيجة هذا الزهرى . ويفقد الطفل سمعه شيئاً فشيئاً وقد يتم له (الطرش) فى سن الثانية عشر الى سنته الخامسة والعشرين من عمره . وأهم ما تصاب به الاسنان فى الزهرى الوراثى هو ظهور الاسنان بشكل (المشار) خصوصاً الاسنان القواطع الامامية ، أو ظهور سطحها بشكل غير منتظم بها حفر صغيرة (راجع رسم نمرة ٤١). وأحياناً تكون القواطع العليا قصيرة وعند ما يضم المريض فكيه ترى فتحة صغيرة فوق القواطع السفلى وأحياناً تكون الاسنان غير منتظمة ومحدبة ومنفصلة عن بعضها



(رسم نمرة ٤٢)

اسنان الزهرى الورثى (عن كتاب فورنييه « الزهرى الوراثى »)

بمسافات قصيرة . وأحياناً يكون طرف الاسنان مقوساً (راجع للحالتين رسم نمرة ٤٢) وتسمى مثل هذه الأسنان أسنان هتشينسون^(١) وتعتبر من أحسن علامات

الزهرى الوراثى ، وتستمر هذه الاسنان باقية عند المريض حتى يكبر ولا يشفيها العلاج لدرجة ارجاع شكلها السليم . ولاحظت أن أسنان الاطفال المزهورين حتى بعد التقدم فى سنى حياتهم تكون اسناناً ضعيفة تضحل وتفسد بسرعة مهما كانت عناية المريض بتطهير أسنانه وتنظيفها .

وقد يجد القارىء صورة بديعة فى الجدول نمرة (١) صحيفة ١٧٢ تبين له انتشار المضاعفات المختلفة فى مرضى الزهرى الوراثى وفى مختلف أدوار حياتهم . وهذا الجدول يحوى أهم ^(١) ما يصاب به المزهورون وراثياً وهو تلخيص لمبحث علمى كبير درس فيه مائتان من الأطفال المزهورين ، وترى هؤلاء مقسمين الى ثلاثة أقسام :- (١) من يوم الولادة الى عمر سنة كاملة واحدة ، و (٢) من سنة الى ٦ سنوات ، و (٣) من ٦ سنوات الى ١٤ سنة .

وقبل ترك باب الزهرى الوراثى نذكر القارىء بأن الأطفال يصابون أيضاً كغيرهم بالزهرى المكتسب اذا تعرضوا للعدوى بالزهرى . ويحصل ذلك عادة من رضاعة ثدى (مرضع) تكون على ثديها قرحة زهرية أو تقرحات زهرية ثانوية ، أو من القبلات المستمرة من أصدقاء العائلة أو من الخادmates بالمنزل أو (الكيريرات) الاجنبيات لسقوط اخلاق الكثيرات منهن ووجود أمراض تناسلية عند أغلبهن . وتوجد بعض الاعتقادات الفاسدة فى مخيلة كثير من الطبقات المنحطة يتسبب عنها نقل العدوى بالزهرى أو غيره من الامراض التناسلية للاطفال خصوصاً للبنات الصغيرات ، ومن هذه اعتقاد بعضهم ان موافعة (كويتس) طفل أو بنت صغيرة عذراء تشفى المريض من كل الامراض التناسلية وينتج عن هذا الاعتقاد أن يمس الرجل الذى عنده سيلان حاد أو قرحة زهرية فرج طفلة وأحياناً يفتك بعفافها ليستفى نفسه من مرض عنده ، وغنى عن البيان انه لن يشفى بل يبقى مريضاً ويقدم مرضه للطفلة المسكينة أيضاً وهذا ما يستدعى عناية الوالدين فى عدم ترك أولادهم لأيدى الخدم .

(١) لأن بحث المائتين طفل أطهر امراضاً اخرى غير المذكورة فى الجدول مثل اصطباج الطفل بلون «بنى أبيض Café au lait» فى خمس حالات مثلاً من القسم الأول ، وشال نصي مثلاً فى حالتين من القسم الثانى ، وهكذا .

ما يظهر على الطفل من المضاعفات مع الزهري الوراثي (١)	عمر الطفل المصاب بالزهري الوراثي			القسم الذي يكثر فيه انتشار المرض
	الى سنة واحدة	من سنة الى ست سنين	من ست سنين الى ١٤ سنة	
تضخم الطحال	٤٦	٢	٦	القسم (١)
التهاب السطح المخاطي للأنف	٤٧	٩	١١	القسم (١)
تضخم الكبد	٣٠	٥	٣	القسم (١)
التهاب قربي بين الأغشية Interstitial Keratitis	—	٩	٤٤	القسم (٣)
طفح لطخي حليمي (جلدي)	٣٠	—	—	القسم (١)
طفح جلدي على العجزين والفخذين والساقين	١٩	—	—	القسم (١)
اسنان هتشينسونية	—	٢	٢٧	القسم (٣)
اسنان غير منتظمة	—	٢	١٧	القسم (٣)
التهابات عظمية بالسحايا Periostitis	—	١	١٥	القسم (٣)
أورام ثؤلولية	١٧	٧	—	القسم (١)
التهاب غددى	—	٣	١٢	القسم (٣)
التهاب كلوى (٢) Nephritis	—	—	١	القسم (٣)

جدول نمرة (١)

(١) هذا الجدول ملخص من بحث الاستاذ Jewesbury في محاضراته التي ألقاها في موضوع الزهري الوراثي جلسة ٣٠ ابريل سنة ١٩٢٦ أمام الجمعية الطبية البريطانية لدراسة الأمراض التناسلية .

(٢) يكثر ذكر الالتهاب الكلوى عند المزهورين وراثيا في مباحث الاطباء الفرنسيين ، والمؤلف من أصحاب هذا الرأي ، ولكن من المدهش ان الاستاذ Jewesbury لم يجد الا حالة التهاب كلوي واحدة من مائتي حالة فحصها مع ان النتائج الاخرى التي ذكرها تنطبق تماما على مباحث الاطباء الفرنسيين في موضوع الزهري الوراثي .

تشخيص الزهري

ذكر « لا كابير » في كتابه « علاج الزهري » جملة تشبه الجملة التي ذكرتها في باب « تشخيص الزهري » في الطبعة الأولى من كتابي هذا، حيث قلت « ويلتفت - أى الطبيب - للمريض بعد أن يلعب بالقرحة دقيقة أو دقيقتين ويعلنه بالحكم المؤبد.. الخ »، وكبير أطباء مستشفى سان لازار بباريس صرخ هذه الصرخة حيث قال ^(١) (في كل ٨ حالات من ١٠ حالات يستشار فيها الطبيب (أو الصيدلى) عن قرحة ظهرت يقول « أنها مسألة بسيطة غالباً » ^(٢) ولكنه ينصح باستخدام اليودوفورم أو مسحوق الكالوميل كطهر أو ينصح بالكي) فإذا جاز لطبيب مستشفى عظيم للأمراض التناسلية الميكروبية بفرنسا أن يصرخ من إهمال بعض الأطباء في طريقة تشخيص القرحة الزهرية فأنى لا أرى ما يمنع طبيباً في مصر من أن يعلن هذه الصرخة بعينها هنا ^(٣) ولذا تقول : -

يذهب المريض بقرحة للطبيب سائلاً عما إذا كانت قرحته هذه زهرية أو غير زهرية فيقف الطبيب موقف من سيقدر مسألة بسيطة وينظر للقرحة أحياناً نظرة العالم بها وبشكلها وبشكل غيرها وهو جاهل حقيقتها لا يدري عنها أكثر من المريض

(١) Lacapère : Le Traitement de la Syphilis; p. 197, Paris, 1925.

(٢) "Que ce n'était vraisemblablement rien."

(٣) لقد وجه بعض الزملاء نقداً للمؤلف في سنة ١٩٢٢ على ما ظهر من بعض الشدة في التعبير في صحيفتي ١٥١ و ١٥٢ من الطبعة السابقة وتقابلان صحيفتي ١٧٣ و ١٧٤ من هذه الطبعة فلم يجد رداً على أصدقائه إلا أن يذكر جملة « لا كابير » السابقة الذكر ، ولعظة الجملة وقائلها نذكرها هنا بنصها الفرنسي : —

*Huit fois Sur dix, le medecin (ou le pharmacien) consulté lors de l'apparition de la lésion a déclaré "que ce n'était vraisemblablement rien" mais qu'il conseillait l'application d'iodoforme ou de poudre de calomel ou la cautérisation ignée".

الذى امامه . بل هو لا يفهم منها الا انها « قرحة » ويعز عليه اعلان جهله بل ينجبل من طلب الاستعانة بالاختصاصيين معزياً نفسه بأنه مفروض فيه معرفة القرحة الزهرية كغيره من الاطباء الذين أوقفوا حياتهم وخبرتهم واطلاعهم على فهم هذا العلم وأسراره . ويلتفت المريض بعد أن يلعب بالقرحة دقيقة أو دقيقتين ويعلنه بالحكم المؤبد قائلاً « هذا شانكرى يعنى تشو يش يا عزيزى » ولا يدري وقع هذا الحكم على مريضه إذ تتجسم له صورة الزهرية في لحظة واحدة وأحياناً لا يكون عالمًا الا بالندر اليسير من فظاعة هذا المرض وأحياناً يكون معتقداً انه اكبر مصيبة تحل بالبشر . اذ سمعت كثيراً من بعض المرضى بالسيلان - عند نصحتهم بالاعتدال أو الامتناع عن تعريض أنفسهم للأمراض التناسلية خصوصاً الزهرى - ان الواحد منهم اذا اصيب بالزهرى فلا محالة ينتحر . وأحياناً تكون القرحة غير متسعة وصغيرة فيظنها الطيب قرحة بسيطة ويقول لمريضه « هذه قرحة بسيطة وهذا ليس بالزهرى » فيترك المريض فريسة بين براثن الزهرى يفتك به وهو مطمئن مؤمن بصدق طبيبه . فليثق الله الاطباء فى مرضاهم وليفهموا عظمة قرارهم وأهمية تشخيص هذه الحالات حتى اذا ما عرضت لهم حالة ظاهرة لا شك فيها نطقوا برأيهم . وعند وجود أصغر شك يلجأون للاستعانة برأى الاختصاصيين فلا يحتمل الواحد منهم تقريع ضميره لحكم حكمه على مستقبل مريض وهو لا يعلم عنه شيئاً . وأما تشخيص القرحة الزهرية فقد جئنا عليه تفصيلاً - راجع صحيفة ٥٤ الى ٦٦ - وأهم شئ فى هذا التشخيص هو شكل القرحة ولذا ننصح القارىء بمراجعة باب القرحة الزهرية صحيفة ٣٧ ، ليفهم القارىء ان مطالعة الف مجلد فى وصف القرحة لا يفيد من يريد معرفة القرحة كثيراً بل ان معرفة القرحة ودراستها يتمان بفحص عدد من الاشكال المختلفة من القرحة مع معرفة أوصاف كل شكل منها جيداً . فدراسة القرحة لا تختلف عن باقى الامراض الجلدية وتتركب من « انظر بعينك للطفح الجلدى ولونه وارتفاعه وانخفاضه وانتشاره وتقرحه والتهابه وافرازاته وقشوره واخصه يدك لتعرف نعومته وخشونته وصلابته واضغطه بقطعة الزجاج السميكة (صحيفة ٨٧) لترى ان كان لونه يمتحنى أو يبقى تحت الزجاج وأنت تعرف اكثرية الامراض الجلدية بدون أن تسأل مريضك سؤالاً واحداً » . ونذكر

القارىء بعمل الطرق الميكروسكوبية اللازمة وهى طرق مساعدة فقط وليست قاطعة الا اذا اعطت نتيجة ايجابية أى اذا رؤيت سبيروشيتا باليدا . وفى الحالات التى يشك فيها جداً كظهور شانكر بشكل حليلة صغيرة لا تتسع ولا تكبر ولا تتقرح ويكون الطبيب غير معتاد على رؤيا مثلها فيمكنه انتظار المدة اللازمة لعمل (ع . ف) ويعملها . وأحياناً ينصح بعض الاطباء فى مثل هذه الحالات بانتظار ظهور أعراض دور تعميم العدوى قبل الجزم بأن المرض زهرى أو غيره . وأما اذا حضر المريض للتشخيص فى دور تعميم العدوى فيكون التشخيص سهلاً لأن أعراض هذا الدور تكون ظاهرة عادة ، وتساعد (ع . ف .) الايجابية كثيراً فى تشخيص الحالات الزهرية التى تكون اعراضها الثانوية مشكوكا فيها بعض الشك . وأحياناً يزور المريض طبيباً (يونانياً مثلاً) بالقرى فيعطيه حبوباً زنبقية أو حقناً زنبقية فتختفى القرحة ولا يظهر طفح ثانوى ويزور هذا المريض أحد الأخصائيين للتشخيص وأهم ما يبحث عنه هؤلاء هو الغدد الليمفاوية والتقرحات التى على السطوح المخاطية إذ تبقى هاتان العلامتان حتى بعد استعمال هذا العلاج ، ولا يجوز الأتكال على (ع . ف) فى مثل هذه الحالات غالباً لأنها تكون سلبية كما سيأتى شرحه بعدئذ . وفى باقى الحالات التى توجد فيها أعراض ظاهرة يسترجع القارىء بكل ما فات وصفه فى أبواب الزهرى ليشرحها . وفى الحالات التى يذكر أصحابها تاريخ زهرى سابق ويريدون الوقوف عما اذا كان علاج آخر أصبح لازماً أى واجباً أو غير لازم يفحص الطبيب الجسم ليرى به أى أعراض من دور تعميم العدوى أو دور رجوع الاعراض . ولا نذكره كثيراً ببعض الأعراض التى ذكرناها فى صحيفة ١٣٠ اذ أحياناً لا يظهر عند المريض غيرها وهى من العلامات التى تحتم ابتداء علاج جديد كامل للزهرى . ولا بد من الاستعانة بعمل (ع . ف) لأنها تساعد كثيراً على تقرير خطة العلاج اللازم كما سنبين بعدئذ ونرى ان نذكر هنا شيئاً على عملية فازرمان وقيمتها فى تشخيص الزهرى :-

عملية فازرمان « ع . ف »

أو تفاعل فازرمان (فازرمان ریاكشن)

انتفع فازرمان بطريقة بورديه وجينو^(١) وطبقها في حالة مرضى الزهري فأوجد طريقته لفحص الدم في حالات الزهري . ولا يسع مؤلفنا هذا وصفاً تفصيلاً لهذه العملية^(٢) . ولذا نكتفي بأن نذكر أنهم يأخذون عينة الدم عادة من وريد بالذراع مثلاً عند الرجال والنساء وتؤخذ عينة الدم من الرأس عند الاطفال . ولو ان عملية أخذ عينة من الاطفال دقيقة الا ان من تعود من الاطباء على عمل بعض التجارب العلمية المختلفة لا يجد مشقة في ذلك وفي حالات الاطفال المولودين حديثاً الى سن سنة واحدة أفضل أخذ العينة من أسفل القدم بواسطة مشرط جراحي . وتؤخذ عينة الدم بواسطة ادخال ابرة وريدية داخل الوريد فيخرج الدم من طرف الأبرة الآخر ويجمع في أنبوبة زجاجية صغيرة معقمة ويحتاج البكتيريولوجيون لكمية من الدم تتراوح بين ٣ أو ٥ سنتيمتر مكعب . ويجب ارسال العينة حالاً للمحلل اذا لم يكن هو الذي أخذها بنفسه . وبعد التحليل تكون النتيجة ايجابية أو سلبية ، ويرمزون للنتيجة الايجابية

(١) يتركب اكتشافهما من الآتي . اذا حقن حيوان او انسان بأي مادة زلالية أو بكريات الدم الحمراء أو بميكروبات مثلاً فتتربى بالمصل الدموي (سيروم) لذلك الحيوان او الانسان مادة تفاعل تكون قادرة على ان تحلل (هيموليز) المادة التي حقنت بالحيوان او الانسان اولاً ، وقدرة مادة التفاعل هذه على تحليل المادة التي تحقن أولاً قوة مخصوصة (سبيسيفيك) ، أي اذا حقنت كريات الدم الحمراء نتتربى مادة تفاعل تقدر على تحليل كريات الدم فقط ولا تقدر على تحليل مادة زلالية أخرى او ميكروبات . وهكذا اذا حقنت ميكروبات فتتربى مادة تفاعل تقدر على تحليل هذه الميكروبات فقط ولا تحلل أي مادة أخرى . ويسمون المادة التي تحقن بالحيوان أو الانسان (اتيجين) والمادة التي تتربى داخل المصل الدموي أي مادة التفاعل السابقة الذكر يسمونها (اتيبودي) . وقد اكتشف بورديه وجينو طريقتهم سنة ١٩٠١ واكتشف فازرمان طريقته لفحص الدم سنة ١٩٠٥ .

(٢) ننصح القارئ بمراجعة مؤلفات البكتير يولوجيا المطولة لمعرفة تفاصيل هذه العملية .

بهذه العلامة (+) وللسلبية بهذه العلامة (-). ويرمز للنتيجة الايجابية بصليب واحد + أو بصليبين ++ أو ثلاثة +++ أو أربعة أحياناً ++++ والمشكوك فيها بعلامة ± وللسلبية بعلامة - أو بعلامة - ؛ ومعنى هذه العلامات ان النتيجة ايجابية ضعيفة أو ايجابية جداً على التوالى أو المشكوك فيها وفى السلبية أى سلبية جداً وسلبية مشكوك فيها ولذا يضعون علامة الاستفهام ؟ بجوار علامة سلبية -

امصائبات عن قيمة هذه العملية فى التشخيص : ان بعضهم يعتبرون نتيجة هذه العملية حكماً قاطعاً فى الزهرى أى أنها اذا كانت ايجابية فيكون المريض مصاباً بالزهرى وان كانت سلبية فلا يكون مصاباً به . والحقيقة ان العلم يرى غير ذلك اذ ان قيمة نتيجة هذه العملية نسبية لا تقرر تشخيصاً ولا تنفى وجود المرض بل أنها تساعد الطبيب على تشخيص المرض بمراجعة كل الأعراض الاكلينيكية وبتكرار العمليات البكتريولوجية للمرات اللازمة وبالطرق المتعددة لديه من تهيج للمرض ببعض الحقن ... الخ مما سيأتى ذكره بعدئذ . فقد ثبت ان (ع . ف .) تكون ايجابية فى عدة أمراض أخرى ^(١) غير الزهرى . نذكر اهمها هنا وهى البرص (ليروسى) ومرض النوم (تريبانوسومياسيس) والمالاريا وغيرها من الأمراض التى تنتج عن الحيوانات الدنيا (بروتوزوال ديزيزيس) . وتكون ايجابية احياناً فى بعض حالات الأورام الخبيثة والبول السكرى والروماتيزم وفى بعض حالات فقر الدم واكثر من ذلك فى بعض حالات اضطراب الهضم كاسماك شديد أو اسهال شديد وفى بعض الحميات . ومما تقدم يرى القارىء أن وجود (ع . ف .) ليس بالدليل على أن المريض عنده زهرى اذ يجوز أن يكون مصاباً بالمالاريا أو بغيرها من الأمراض السابقة الذكر . واذا كانوا فى أورو با يتمسكون بالنتائج الايجابية لحد ما فلا يجوز أن يحتج علينا بخبرتهم لأن اكثرية أمراض الحيوانات الدنيا لا توجد عندهم فى أورو با كما هى عندنا هنا فى مصر أو فى الشرق عموماً ولذا فان النتيجة الايجابية عند الاوربيين ترجح قيمتها عند

(١) بوشكة . هوفمان . بلومينثال . برونينج وغيرهم .

المصريين . وكثيراً ما تخضع النتيجة لعدة عوامل أخرى غير المرض اذ ان المواد التي تستعمل في تحليل الدم لها تأثير كبير على النتيجة .

وأحياناً تتأثر النتيجة باختلاف هذه المواد ولذا تنتج نتائج مختلفة ايجابية وسلبية لمريض واحد عند ٢ أو ٣ محللين لأن كل واحد منهم يستعمل مواداً تختلف عن الآخر بكونها قديمة العهد أو حديثه ، أو لأنها تقيّة أو غير تقيّة ، أو لوجود أى تغيير بسيط بين كيميائها البيولوجية .

وأحياناً تؤخذ عينات من دم مريض واحد في أوقات مختلفة وتكون نتيجة (ع . ف .) مختلفة في كل تحليل مع أن المحلل واحد والمواد التي يستعملها واحدة^(١) ، ويظن بعضهم ان ذلك يحصل نتيجة اغلاط فنية ولو أن غيرهم يؤكد وجود عوامل قوية لم يفهمها العلماء للآن مع عدم وجود غلط فنى يؤثر على النتيجة هذا التأثير .

ونذكر هنا الاحصائية التي ذكرها (بوشكه) عن نتيجة (ع . ف .)

(١) الدور الأول (دور القرحة الزهرية) : تعمل (ع . ف .) عادة ما بين ٣ الى ٤ أسابيع من ظهور القرحة — ولو أن بعض الطرق الحديثة لتحليل الدم يمكن أن تعمل بعد مرور زمن أقل من هذا — وتكون النتيجة ايجابية في بعض الحالات ، وتتوقف النتيجة على عدة عوامل أهمها موقع الشانكر وتأثر الغدد والأوعية الليمفاوية بالميكروبات^(٢) وكمية سپيروشيتا وقوة فتكها (فيريولينس) بالمريض^(٣) ، وعلى ذلك يرى بوشكه ان (ع . ف .) لا قيمة كبرى لها في تشخيص الدور الأول .

(ب) الدور الثاني — دور بوشكه (الذي يماثل هنا دور تعميم العدوى وجزءاً من دور خمول المرض) ٩٠ في المائة ايجابي .

(ح) الدور الثالث — دور بوشكه (الذي يماثل هنا دور رجوع ظهور الأعراض) ٦٠ الى ٦٥ ايجابي في المائة .

(د) دور اختفاء الزهرى — دور بوشكه (الذي يماثل هنا دور خمول المرض

(١) لاحظ ذلك (ميروفيسكى) واعطى اسم « المصل المتناقص » (رادوكس سيروم)

للمصل الدموى بالمرضى الذين يحصل ذلك لديهم .

(٢) ايكة (٣) نيسر

هذه الحالات يكون تفاعل (ع . ف .) علامة مميزة ايجابياً لسير تأثير العلاج على حالة المرض . وعند الوصول الى نتيجةين أو ٣ نتائج سلبية متوالية يمكن الطبيب ايقاف العلاج، ولو ان كثيراً من المرضى الخصوصيين في مصر وفي غيرها من البلدان لا يقبلون تحمل مصاريف عمل (ع . ف .) مرات متوالية . ولذا نلجأ في الحالات التي يرفض أصحابها تحمل مصاريف عمل (ع . ف .) الى تقرير كمية العلاج بالطرق الايكلينيكية وهذه طبعا لا تكون من حيث الدقة مثل الطريقة الأولى في حالات كثيرة . ويمتد المؤلف ان عمل (ع . ف .) لأمهات الأطفال الذين يشك في ان أطفالهم مزهورون واجب وقد تعطى نتيجة (ع . ف .) معلومات قيمة للتشخيص خصوصاً اذا عملت (ع . ف .) مرات متوالية لأم الطفل . (راجع الجدولين نمرة ٢ ونمرة ٣ صحيفة ١٨١).

تفاعل فازرمان (ع . ف .)			عمر الاطفال المزهورين وراثياً (١)		
			من يوم الولادة الى عمر سنة واحدة	سنة الى ٦ سنوات	٦ سنوات الى ١٤ سنة
نتيجة التفاعل ايجابية			٥٠	٣٨	٧٦
» » سلبية			١٣	٤	٧
» » مشكوك فيها			٢	٠	٢
الدم لم يفحص			٧	٠	١
المجموع			٧٢	٤٢	٨٦

جدول نمرة (٢)

ولقد قام المؤلف بتسجيل بعض حالاته التي تتبعها في أدوار مختلفة ولكن النتائج التي حصل عاها تختلف بعض الاختلاف عن النتائج التي ذكرت في جدول نمرة (٢) . وترى هذه النتائج في جدول نمرة (٣) .

أما وقد القينا نظرة اجمالية على قيمة نتائج (ع . ف .) للتشخيص مبدئياً
وسنذكر تفاصيل وافية عن قيمة هذا التفاعل (ع . ف .) في الصبغات الآتية

عمر الاطفال المزهورين وراثياً (١)			تفاعل فازرمان (ع . ف .)
من يوم الولادة الى عمر سنة واحدة	سنة الى ٦ سنوات	٦ سنوات الى ١٤ سنة	
١١	١٢	٢٢	نتيجة التفاعل ايجابية
٩	٣	٤	» » (٢) سلبية
٣	٢	٦	» » مشكوك فيها
٢	٧	٠	الدم لم يفحص
٢٥	٢٤	٣٢	المجموع

(جدول نمرة ٣)

فنحب أن نذكر القارئ أننا فرضنا دائماً أن من يقوم بهذا التحليل
يكون قادراً عليه فاهماً طريقه أى يكون رجلاً فنياً مختصاً في عمله، حتى أن العادة المتبعة
في المستشفيات الكبرى بأوروبا هي أن الطبيب يذكر الاعراض التي يلاحظها
ايكلينيكيًا على الورقة التي يطلب فيها من المحلل عمل (ع . ف .) ، ومع أن المحلل
يقرأ اعراضاً تؤكد له وجود الزهري أحياناً من وجهة نظر الاعراض الجلدية والايكلينيكية
فهو يعمل (ع . ف .) باحثاً عن النتيجة التي تظهر من تحليله متجاهلاً تماماً تأكيد
من وجود المرض أو عدمه من الاعراض التي ذكرها له الطبيب . أما هنا في مصر
فيحضر لنا المرضى ويدهم نتائج لتحليل دمهم يعطيها لهم أشخاص في كثير من
الاحوال هم دجالون لا صفة فنية لهم ولا هم اطباء على العموم يدعون المقدرة على

(١) هذه النتائج نتيجة بحث المؤلف .

(٢) النتائج السلبية التي حصل عليها المؤلف لا تختلف كثيراً عن النتائج التي تميز المدرسة
الفرنسية بجوار المدرسة الزهرية الانجليزية .

تحليل الدم والبصاق والبول والمأكولات والمشروبات والحداثد والنحاس والعظام... الخ وكثيراً ما تقرأ على ابواب الصيدليات في الارياف واحيانا على واجهات الصيدليات بضواحي العواصم او بالعواصم نفسها «معمل تحليل كذا وكذا» والله يعلم انه لا يوجد داخل أ كثر هذه الصيدليات بضع أنابيب من الزجاج بغض النظر عن وجود صيدلى يقدر بكل مشقة على تحضير تذكرة طبية بسيطة .

وقد ذكر لى مريض (عمدة قرية) انه ذهب لصيدلى اجنبى وفحص دمه ليعرف هل دمه مصاب بالزهري . فما كان من الصيدلى الا ان جرح أصبع المريض بمشرط كبير وأخذ الدم فى كباية (وشمها بأنفه) وقال للمريض « لا يا عمده . دمك مش زفر » وكتب له تقريراً على ورقة الاجزخانة . وهذه هى ترجمة الفاظه بالحرف نقلا عن الفرنسية : -

« دم عمدة قريننا نظيف جداً وليس به أى مرض » !!! ؟ فليتأمل القارىء ولتأمل حكومتنا : اليس من حق المرضى ومن حق الأطباء والبكتيريولوجيين ان ينادوا جميعاً « امنموا الدجل الفنى ! » ، واحموا حقوق البكتيريولوجيين لأن هذا حق مطلق لهم ، وفى حمايتهم حماية للمرضى فى صحتهم ، وللأطباء فى تشخيصهم وعلاجهم وبحثهم ، وحماية لاصغروا كبر الحريات العلمية .

والآن وقد بينا للقارىء قيمة (ع . ف) من الوجهة الاحصائية التى قد تخضع أحياناً الى اخطاء كبيرة من الوجهة العلمية الاحصائية كما تخضع كل احصائيات اخرى ، فنجهد فى اطلاع القارىء على قيمة (ع . ف) من الوجهة العلمية الزهرية بجميع تفاصيلها . وللأطلاع على تفاصيل بحث علمى يخص تقدير قيمة تفاعل فازرمان فى تشخيص وعلاج مرض الزهري يجب فهم الموضوع الآتى : -

قيمة (ع . ف .) فى نظر خصومها وانصارها

لعملية - أو تفاعل - فازرمان خصوم وانصار ، والمؤلف لم يكن يوماً من الأيام خصماً او ناصراً لفريق فى اى بحث علمى الا بعد اقتناعه بصحة النظرية التى يجاهد فى اثباتها الى أن يثبت له عكس تعليمها ، ولقد كان فى خصومة - ولكنها خصومة بسيطة -

مع (ع . ف) ، ولما اقتنع بمباحث عشر سنوات ان (ع . ف .) لها قيمتها وليس لها استبدادها كقاض يحكم بين الطبيب وعلمه الايكلينيكي، فلم يجد أية مشقة لأعلان هذا الرأي مع تدعيمه بكل الوثائق العلمية ، اذ هو يرى ان ايجايته اذا صحبتها كل الشروط الفنية للقيام بالعملية فانها تصبح ايجاية لها قيمتها التشخيصية واذا نقص شرط فني قايجاية التفاعل تفقد قيمتها . واما بالنسبة الى النتيجة السلبية فليس على القارئ الا ان يراجع المبادئ المذكورة تحت عنوان « قيمة (ع . ف) في نظر خصومها وانصارها » . ولقد خبرت عمليا هذه العملية عدة سنوات ، وهذه الخبرة بنفسها هي التي دفعت المؤلف لأن يقدم عملية تفاعل فازرمان (ع . ف .) للقارئ على وجهيها القائمين الآن في العالم الفني : (الأول) وجهها امام نقادها ، و (الثاني) امام من يعضدونها ، فنقادها لا يجدون ما يقدمونه من أنواع النقد لهذه العملية التفاعلية الا ما يأتي :-

(١) ان عدداً كبيراً من الأطباء والبحاث أعلنوا رأيهم بعد احصائيات كثيرة ان (ع . ف .) عند الأشخاص المصابين بالزهرى المحقق (وطبعاً يقصدون انه محقق بناء على مبرقهم الاكلينيكية - ولمبرقهم قيمتها التي يقدرها كل مطلع على القيمة الاكلينيكية في تشخيص المرض الزهرى) وخصوصاً عند فحص هؤلاء الأشخاص في أدوار نشاط هذا الزهرى المحقق ، ان عدداً كبيراً منهم أعلنوا ان نتائج هذا التفاعل لم تكن دائماً ايجاية ، لأن بعضهم أعلن ٦٠ في المائة ، وبعضهم ٦٥ في المائة ، وبعضهم ٨٥ في المائة ، ولم يعلن واحد منهم مائة في المائة كنتيجة ايجاية .

(٢) ان نتيجة تفاعل فازرمان تكون سلبية في بعض حالات الزهرى المحقق كما ذكرنا سابقاً مع انها تكون أحياناً ايجاية في أمراض اخرى غير الزهرى (وتكون أحياناً ايجاية فعلا في مرض الحمى القرمزية ، والبرص ، وبعض حالات الملاريا أو حتى في بعض حالات الامساك أو الاضطرابات الهضمية الأخرى) .

(٣) بفحص عينات متعددة لمريض واحد ومواد (اتيجين) زهرية مختلفة ، كثيراً ما نحصل على نتائج متناقضة للفحص .

(٤) حتى اذا استخدم (اتيجين) واحد لعمل الفحص فان النتائج تختلف احياناً عند المحللين المختلفين .

(٥) وأحياناً يستخدم نفس المحلل مادة واحدة (اتيجين) لفحص عينات متعددة من مريض واحد ثم يحصل المحلل هو بنفسه على نتائج متناقضة .^(١)

(٦) امكان استخدام (اتيجين غير نوعي)^(٢) مثل خلاصة الكبد السليم أو مثل أنواع الاتيجين السكياوية (مثل الليستين ، أو الكوليسترين) بدلا من (الاتيجين الزهرى) في تفاعل (ع . ف .) جعل الشك يتطرق الى قيمة نتائج هذا التفاعل .

(٧) النتائج المختلفة لتفاعل (ع . ف .) في أدوار الزهرى المتعددة ، وخصوصاً في أدواره الأخيرة ، وفي الزهرى الوراثى ، جعلت الشك يتطرق بشدة أكثر الى قيمة هذه النتائج .

ولنتظر الآن الى قيمة هذا النقد نقطة بعد نقطة ولكن بروح السعى لتقرير قيمة (ع . ف .) بدون تحيز لها أو ضدها .

الرد على نقد النقد السابقة

(١) حقيقة ان (ع . ف .) تكون سلبية في بعض حالات الزهرى المحقق ، ولكن النتائج السلبية في جميع أنواع التحاليل يجب تفسيرها بحيلة^(٣) . ويرى كثيرون من العلماء ان كثيراً من الاحصائيات السلبية لتفاعل « فازرمان » في حالات الزهرى المحقق قد تعود في أكثرية الحالات الى ضعف أو نقص في مهارة المحلل الفنية ، ويقولون ان بعض المحللين الفنيين المهرة وصلوا حديثاً الى نتائج ايجابية (١٠٠ في ١٠٠)

(١) راجع صحيفة ١٧٨ .

(٢) Non-Specific Antigen .

(٣) كما أننا نهبنا اولاً على الحيلة في تفسير النتائج الايجابية لتفاعل (ع . ف .) في البلاد الحارة حيث تكثر الامراض الطفيلية .

في حالات الزهري المحقق^(١) . ومما لا شك فيه ان عملية (ع . ف .) كما هي الآن عملية دقيقة جداً ، وسيصل العلم الى ايجاد تهذيب لها يجمعها من البساطة بمكان يسمح لأقل المحللين كفاءة بالقيام بها على الوجه الصحيح .

(٢) كون (ع . ف .) تكون ايجابية أحياناً في بعض حالات المرض الأخرى غير الزهري مسألة رهن البحث للآن ، فبعضهم يعتقد ان هذه النتائج الايجابية تعود لنقص في اتقان العملية ، وبعضهم يعتقد ان هذه النتائج الايجابية سببها زهري قديم مع وجود مرض طفيلي حديث ، ففي والحالة هذه عائدة للزهري على كل حال^(٢) ، وبعضهم يصر على انها ايجابية لوجود المرض الآخر ولا يوجد مرض الزهري . والمؤلف لا يزال مصراً ، للنتائج المتوالية التي حصل عليها ، على انه يوجد فرق بين النتائج الايجابية لتفاعل (ع . ف .) التي يحصلون عليها في البلاد الباردة والتي تحصل عليها هنا حيث تكثر الأمراض الطفيلية .

(٣) تعود هذه النتائج المختلفة الى أن بعض الأعضاء المزهورة التي يؤخذ منها (الانتيجين) لا تكون غنية الغنى الكافي بالسبيروشيتا ، وللتخلص من هذا النقص في العملية يمكن عمل مزيج من أنواع مختلفة من (الانتيجين) ليعوض غنيها فقيرها ، وهذا الاجراء العملي يعود الى مهارة من يقوم بالفحص غالباً .

(٤) لا نعتقد ان النتائج في هذه الحالات تختلف عند المحللين المختلفين الا للفرق القائم بين مهارة هؤلاء المحللين أو للخلافات الجوية بين أمكنة المحللين لأن هذا الفحص من الدقة بمكان في تأثره بأصغر المؤثرات .

(٥) للرد على البعد الخامس لا يمكن الا القول بأنه اذا حصل محال واحد وبانتيجين واحد لعينات من مريض واحد على نتائج مختلفة فلا بد وأن يكون العيب أما في الأدوات الزجاجية أو في درجات الحرارة أو البرودة أو درجات الرطوبة الى آخره بين أنواع الاغلاط الفنية في ما نسميه ال « تيكنيك » اي الطرق العملية .

Lacapère: Le Traitement de la Syphilis, p 210. Paris, 1925. (١)

(٢) راجع صحيفة ٢١١ من الكتاب نفسه لا كابير .

(٦) يعترف البحاثة الآن بأن استخدام « اتيجين غير نوعي » قد يقود لاغلاط في النتائج أكثر جداً من استخدام الاتيجين الزهري ، ولذلك يجب طبقاً لأحدث الاختبارات استخدام الاتيجين النوعي .

(٧) لسوء الحظ أن تفاعل (ع . ف) عملية بيولوجية دقيقة جداً وتراها أحياناً تعجز عن اعطاء نتائج إيجابية في بعض الحالات التي حصلت في دمها تغييرات عديدة بمرور الوقت ، أو تحت تأثير علاجات ناقصة ، متعددة ، ومتفاوتة في زمنها .
وأما وقد ذكرنا النقد الموجه الى (ع . ف .) والرد عليها فلنوجز هنا : —

كيف ننتفع بـ (ع . ف .)

(١) ان (ع . ف .) آلة ينتفع بها الطبيب في التشخيص ويقود بها العلاج ولكنها ليست حكماً فاطماً يخضع لها الطبيب اذا رآها تتعارض صراحة مع ما يجده اكلينيكيًا من علامات ثابتة .

(٢) بفرض الدقة في المواد اللازمة للقيام بالفحص وبفرض صراحة المحلل وبفرض عدم وجود امراض اخرى تعطى نتائج إيجابية لـ (ع . ف .) فان تفاعل قازرمان يعتبر آلة بديعة يستنير بها الطبيب في التشخيص والعلاج . وسنبين مع وجود هذه الفروض كيف نستعين بهذا التفاعل : —

(٣) في الجزء المبكر من دور القرحة الزهرية تكون (ع . ف .) سلبية وفي أواخره — أي ما بين ١٨ يوماً الى ٢٥ يوماً — تبدأ تصير إيجابية ، لأن الميكروبات الزهرية تكون انتشرت في الجسم وبدأت تأثيرها العمومي بعد ان كانت موضعية في القرحة . نعم يحدث أن تسرب بعض الميكروبات بعد خمسة أو سبعة أيام مثلاً من القرحة لداخل الجسم ولكنها عادة تكون قليلة جداً في عددها فلا تؤثر على الدم

لدرجة تظهر تأثيرها في (ع . ف .)^(١)، وهذه نقطة حيوية في العلاج بالنسبة لمستقبل المريض وسند كرها عند الكلام عن العلاج الزهري .

(٤) في دور تعميم العدوى تكون (ع . ف .) ايجابية في أكثرية الحالات . وتتناقص ايجابيتها تدريجياً تحت تأثير العلاج حتى تصل الى سلبية (مثلا تكون + + + + + ثم تصير + + + + + ثم + + + + + ثم + ثم -) .

(٥) في دور خمول المرض قد تكون (ع . ف .) سلبية أو ايجابية فإذا كانت سلبية فنبدأ بعمل ما يسمونه « حقنة تهيجية »^(٢) للتشخيص ، أو ما نسميه « حقنة ارجاع النشاط »^(٣) لأن النتائج السلبية لا يعول عليها كثيراً كما قلنا سابقاً ، وقد وجد « جينيريش » و « ميلان » ان حقنتين زرينختين كافيتان لتحويل (ع . ف .) السلبية في مثل هذه الحالات الى ايجابية^(٤) وأما اذا استمرت النتيجة سلبية بعد هذا التهيج فلا يجوز اعتبار الحالة سلبية بل يجب ان نلجأ لفحص السائل المحي النخاعي إذ قد يعطينا هذا الفحص نتيجة ايجابية مع ان فحص الدم أعطى نتيجة سلبية ، ويكثر هذا طبعاً في حالات زهري الجهاز العصبي وخصوصاً في مرض « التاييس » .

(٦) في دور رجوع ظهور الاعراض نطبق المبادئ التي ذكرناها في البند (٥) السابق ، ولو ان الأعراض الاكلينيكية العائدة للظهور تكون مساعداً كبيراً جداً في التشخيص أكثر منها في دور خمول المرض .

(٧) في الزهري الوراثي (راجع الجدولين نمرة ٢ ونمرة ٣ صحيفتي ١٨٠ و ١٨١) اذا وجدنا (ع . ف .) سلبية فأننا نلجأ للطرق التهيجية السابقة الذكر ، وللأطفال الصغرين نفضل استخدام التدليك بمزيج زئبقية لسبيين : أولها لسهولة هذه الطريقة

(١) اللهم الا في حالات الزهري الحثيث حيث يبدأ دور تعميم العدوى بسرعة هائلة فان (ع . ف .) تصير ايجابية في مدة أقصر من المدة اللازمة في الزهري العادي .

Provocative injection.

(٢)

Reactivation Injection.

(٣)

(٤) واذا حقن المريض ببعض الحقن الزئبقية أو البزموتية بدلا من الزرنيخ فان التفاعل الساي ينقلب ايجابيا في بعض الحالات وانتخاب المواد يترك لاستعداد المريض وكفاءة الطبيب

مع الاطفال ، وثانيهما منعاً لحدوث نشاط أعراض الزهري فجأة في جسم الطفل ، إذ قد يعرضه التهييج الزرنيخي الى ظهور أعراض تشويبيهة . فاذا استمرت (ع. ف) سلبية بعد كل هذا فنتظر بعض الوقت ثم نلجأ الى أخذ عينة بالحقنة من الكبد أو الطحال للبحث عن سبيروشيتا باليدا .

(٨) تتأثر (ع. ف) بطرق العلاج ، وسنبين تأثيرها بالعلاج وتأثر سير العلاج بنتائجها عند الكلام عن علاج الزهري ، ونكتفي هنا بأن نقول أن العلاج الزرنيخي أقوى العلاجات في جعلها تدريجياً سلبية ، ويليه بضعف في ذلك العلاجات اليزموتية ، وتليها بضعف الزئبقية .

السائل المخي النخاعي

Cerebrospinal Fluid

لهذا السائل قيمة كبرى في تشخيص الزهري وخصوصاً زهري الجهاز العصبي ، ففي حالات كثيرة تكون نتيجة فحص الدم بطريقة (ع. ف) سلبية ونتيجة فحص هذا السائل ايجابية والعكس بالعكس . فسنذكر للقارىء هنا التغيرات الباتولوجية المهمة في تشخيص الزهري بنتائج فحص هذا السائل حتى يمكنه قراءة نتائج الفحص التي تقدم له .^(١)

وأهم ما نبحث عنه في تحليل هذا السائل في مرض الزهري هو الآتي : -

١ - نوع وعدد الخثرات المعلقة به : - مما هو معروف ان مجرد وجود عشر خلايا في المليتر المكعب من هذا السائل يعتبر دليلاً على ان هناك تغيرات باتولوجية فيه ، وأما التغيرات الباتولوجية الزهرية بالذات فأنها تتسبب عادة في إيجاد ما يتراوح بين عشر وخمسةائة خلية عادة في المليتر المكعب من السائل ، وأهم هذه الخلايا في السائل الزهري هي « خلايا الليمفوسيت » .

(١) تاركن وصف العمليات البكتيرية يولوجية التفصيلية ليطلع عليها في المطولات البكتيريولوجية ، واذا ذكرنا منها هنا شيئاً فيكون لمجرد مساعدة القارىء على تفهم النتائج التحليلية .

القيمة التشخيصية لخزيريا الليمفوسيت :-

(١) وجودها بكثرة ليس معناه وجود الزهري لأنها، تكثر ايضاً في «الالتهاب السحائي الدرني - تيوبيركيولار مينينجيتيس» مثلاً، ولكن اذا صاحبها علامات اخرى من التي سندكرها فانها تقودنا لتسهيل التشخيص .

(ب) كثرة عدد هذه الخلايا ليس قاطعاً في تشخيص نوع مرض الزهري - فيما اذا اتضح بالعلامات التي تصحب هذه الخلايا وجود الزهري - ولكن على العموم لوحظ انها تكون اكثر في كل ملايمتر مكعب في حالات « الالتهاب الزهري السحائي - سيفيلتيك مينينجيتيس » عنها في حالات الشلل العام او حالات التاييس .

(٢) وجود مادة الجابريولين في السائل : - هذه المادة يصعب اكتشافها بالطرق العادية في السائل النخاعي ، ولكن لوحظ اكتشافها بهذه الطرق العادية في حالة زهري الجهاز العصبي ، ووجودها وحدها ليس مشخصاً للزهري ، ولكنها عندما تصحبها العلامات الأخرى تساعد جداً على التشخيص كما قلنا في وجود الخلايا الليمفوسيتيه .

(٣) القيام بعمل تفاعل فازرمان (ع . ف) للسائل (١) :-

اذا كانت نتيجة هذا التفاعل ايجابية (راجع بند (٢) صحيفة ١٨٦) فهذا مشخص قاطع للزهري، ولكنه لا يقودنا بسهولة وحده الى تشخيص نوع مرض الزهري العصبي ، وقد لوحظ أن النتيجة تكون اكثر شدة في ايجابيتها في حالات الشلل العام ، وأقل في حالات التاييس والاتا كسي وغيرهما من أمراض الجهاز العصبي .

(١) لأخذ عينة من السائل النخاعي لفحصها يجب أن تكون كمية السائل اضعاف كمية الدم التي تؤخذ عادة في تفاعل فازرمان حتى يسهل على المحلل القيام بالفحص طبقاً للتعاليم البكيدولوجية الحديثة .

(٤) فحص السائل بواسطة « تفاعل لانج » ^(١) : - قام « لانج » في سنة

١٩١٢ باكتشاف أن بعض الاملاح الكولويدية الذهبية اذا امتزجت بالسائل المحي النخاعي المريض فانه يتغير في شكله عنه في حالة امتزاجه بالسائل المحي النخاعي السليم، وطبق هذا التفاعل على مرض الزهري ، ولكن هذا التفاعل يندر استعماله الآن .

(٥) فحص السائل بواسطة « تفاعل الجاوى - تفاعل بينجوانه -

رياكسيون دي بينجوانه كولويدال » : - انتفع بعض العلماء الفرنسيين ^(٢) في سنة

١٩٢٠ بنظرية « لانج » باستخدام « الجاوى » بدلا من الاملاح الذهبية التي استخدمها « لانج » فجاءت طريقته بسيطة واقتصادية ، ونمى الى أن ترجع القارىء الى مؤلف هؤلاء البحاثة (راجع الهامش) حتى يطالع على تفاصيل هذا التفاعل الجاوى ولكن هذا لا يمنعنا من أن نذكر بعض تفاصيل هذا التفاعل لأهمية بعض هذه التفاصيل في طريقة قراءة نتائج التفاعل مع أن حجم هذا المؤلف لا يجيز مثل هذا الاسهاب : - سهل « جيان Guillaian » أحد هؤلاء العلماء عملتهم تسهيلات كبيرة ، فصارت تحمل اسم « طريقة الاربع أنابيب » ^(٣) وهامى : -

خذ جراما واحدا من « الجاوى » غير المسحوق ، ويفضلون النوع الوارد من « سوماترا » ، واذبه في ١٠ جرام كحول نقي وعملية الاذابة تستغرق ٤٨ ساعة ، وَصَفِّهِ .

ثم خذ $\frac{3}{4}$ من السنقي متر المكعب من هذا السائل وأخلطه ببطء مع ٢٠ سنتيمترا مكعبا من الماء المقطروفي درجة ٣٥ سنتيجراد تقريبا .

(١) Lange's Reaction ويمكن القارىء مراجعة تفاصيل هذا التفاعل في المطولات البكتريولوجية .

(٢) MM Guillaian et Laroche et Léchelle : Technique de la réaction du benjoin colloidal, Paris, 1926.

Méthode des quatre tubes.

(٣)

واحتفظ بهذا السائل حتى تجهز الأنايب .

ثم جهز خمس أنايب صغيرة تسع كل منها ٤ سنتيمتراً مكعباً وعلقها على « حاملة الأنايب - پورت تيب » (١) .

ثم جهز هذه الأنايب الخمس كالآتي :-

ضع في الأولى نصف سنتي مكعباً من الماء المقطر (٢) .

وضع في الثانية $\frac{1}{3}$ » » » » »

» » الثالثة ١ » » » » »

» » الرابعة ١ » » » » »

» » الخامسة ١ » » » » »

ثم خذ الأنبوبة الأولى وضع فيها نصف سنتيمتراً مكعباً من السائل المحي النخاعي الذي ستفحصه وأخلطه جيداً بواسطة المزج الهادي . بتحريك الأنبوبة تحريكاً معتقلاً غير عصبى ، ثم خذ الأنبوبة الثانية وضع فيها نفس الكمية من السائل المفحوص وأخلطه بنفس الطريقة

وهنا خذ سنتيمتراً مكعباً من المخلوط في الأنبوبة الثانية وأخلطه داخل الأنبوبة الثالثة

وهنا اشفط بانبوبة رفيعة ضيقة أخرى مقدار سنتيمتراً مكعباً واحداً من الأنبوبة (٣) وأخلطه بالأنبوبة (٤) .

ثم خذ سنتيمتراً واحداً - بعد أن تخلط السوائل - من الأنبوبة الرابعة ، وبدلاً من أن تخلط هذا السنتيمتر مع محتويات الأنبوبة الخامسة اقذفه وسط المهملات .

اذن ستكون الأنبوبة الخامسة ليس بها أى سائل غني نخاعي سيفحص ، وسيفهم القارىء بسهولة - بعد القيام بالتجارب العلمية العملية - ان الأنبوبة الخامسة ما وضعت هنا الا للمقارنة ، اى ان ما سيظهر عليها سيساعد على تقرير نتيجة البحث

لأن الأربعة أنابيب تحوى سائل التفاعل - اى الجاوى - والسائل المحى النخاعى ،
ولكن الأنبوبة الخامسة لا تحوى السائل الاخير . وتكون خلاصة وصف التفاعل هى
أن الانابيب الاربعة الاولى ^(١) تحتوى على : -

- (١) الأنبوبة الاولى - بها ٥٠ ٪ سائل محى نخاعى .
- (٢) » الثانية - بها ٢٥ ٪ » » » .
- (٣) » الثالثة - بها ١٢ و ٥ ٪ » » » .
- (٤) » الرابعة - بها ٦ و ٢٥ ٪ » » » .
- (٥) » الخامسة - بها ٠ . ٠ . ٠ ٪ » » » .

ولكنها ما وجدت الا لضبط التفاعل الجاوى .

وهنا نفهم طريقة قراءة « التفاعل الجاوى » فى نتائجها . فالسائل فى الأنبوبة
(٥) يبقى دائماً محتفظاً بلونه الابيض اللبنى ، واذا بقى السائل فى الانابيب الاربع
الأخرى محتفظاً بهذا اللون فتكون النتيجة سلبية ، واما اذا تغير هذا اللون فى
الأنابيب الأربعة بأن رسبت ذرات الجاوى لأسفل الأنابيب وصار السائل رائقاً فى
هذه الانابيب فتكون النتيجة ايجابية .

ولنجاح التفاعل الجاوى يجب أن يكون السائل المحى النخاعى رائقاً خالياً من الدم .
ووجد أن هذا التفاعل يكون ايجابياً دائماً فى حالات الشلل العام والتايس ،
وايجابياً فى اكثرية الحالات المصحوبة بالتهابات الأغشية المخية فى دور تعميم العدوى .

(١) هذا التفاعل يمكن عمله باستخدام ١٦ أنبوبة ولكن « حيان » اكتفى بالأربع
أنابيب الاولى ، اذ انه وجد ان الاربع أنابيب الاولى من المجموعة ١٦ تحوى « منطقة أظهار
الزهرى » او كما عبر عنها هو : —

“La zone syphilitique de la reaction.

علاج الزهري

علاج الزهري لا يزال خاضعاً للأدوية المعدنية اللهم الا في بعض حالات زهري الجهاز العصبي التي سنذكرها بعدئذ . وأهم هذه المعادن : -
الزئبق ، والزرنيخ ، والييزموت ، واليود ، والكبريت ، والنحاس ، والزنك (وقد استخدمت الذهب أخيراً ايضاً لمعرفة قيمته كما سيأتى) :

الزئبق

يستخدم الزئبق بواسطة أخذه بالفم ، او بالتدليك على الجلد ، او بلبوس شرجي ، او بحقن داخل العضلات ، او بحقن بالوريد

(١) بالفم - يعطى الزئبق في شكل محبوب تحوى كل حبة ٠.١ و. جرام من السليمانى ^(١) او ٠.٥ و. جرام من پروتويودور الزئبق مثلاً . ويجب أخذ هذه الحبوب بعد الأكل . واستخدام الحبوب الزئبقية قل الآن أو انعدم تقريباً . ويعطى الزئبق بشكل برشام كالآتى مثلاً : -

كالوميل ٠.١ و. جرام

سكر الابين ١.٠ و. جرام

في برشامة واحدة ، تؤخذ برشامتان يومياً بعد الأكل .

وهذا البرشام أفضل جداً من الحبوب اذا كان لا بد من تعاطى الزئبق بهذا

الشكل . ويعطى الزئبق بشكل سائل كالآتى مثلاً : -

(١) المدرسة الزهرية الانجليزية ميالة دائماً لاستخدام مقادير زئبقية أنزل من هذه المقادير . وتوجد حبوب زئبقية مجوزة مختلفة امددة فإبريقات . ولكن الحبوب المجوزة تصير قديمة وتصبح متعجزة صعبة الامتصاص قليلة التأثير .

سليمانى ١٠٠٠ جرام
ماء مقطر ٩٩٩ و ٠٠ جرام (١)

ويعطى هذا للأطفال المزهورين بمعدل سنتى متر مكعب (٢) لكل ٢ كيلوجرام من وزن الطفل ، ويخلط الدواء بقليل من اللبن للرضيع وبقليل من الشربات للمفطومين ، وعيب هذا العلاج هو انه كثيراً ما يتسبب فى القيء ، واذا استخدم زمناً طويلاً فقد ينتج عنه التهابات معدية معوية عنيدة فى شفاؤها .
وهكذا يمكن استخدام هذا السائل للشبان والشابات مع زيادة المقدار .

(٢) بالتدليك : يستخدم الزئبق كعلاج للزهري بواسطة التدليك ، ولكن هذه الطريقة زيادة عن انها تترك المريض فى حالة قدرة مستمرة فانها تعرض الجلد لالتهابات هو فى غنى عنها ، وفى نفس الوقت تحتاج لذلك ماهر قوى صبور .

ويستخدمون للتدليك « المرهم الزئبقى » او « مرهم راسب أبيض » او « مرهم كالوميل » مثلاً . وطريقة التدليك هى أن تدلك الزراعين اليوم ، وباكر تدلك الصدر ، وبعد باكر الظهر ، وبعد بعد باكر الطرفين السفليين ، وهكذا ، وهكذا ، مع مراقبة جلد وبول المريض جيداً منعاً لحدوث تسمم زئبقى .

(٣) اللزقة الزئبقية (٣)

توضع هذه اللزقة بالتتابع على الاطراف كما فى التدليك وتترك مكانها مدة ٨ أيام ، اللهم الا اذا حصل التهاب بالجلد أو أحدثت اكزيماً فاننا نضطر لرفعها قبل مرور هذه المدة . ويكرر وضع هذه اللزقات لمدة ٥ الى ٦ أسابيع .

(٤) لبوس شرمبى : العنصر الفعال فى هذا اللبوس هو «الزيت الرمادى» (٤)

(١) تركيب Van Swieten

(٢) ويمكن مضاعفة هذا المقدار اذا اظهر الطفل احتمالاً لازئبقى وكانت الحالة داعية للاستعجال

(٢) Unna-Beiersdorf

(٤) «الزيت الرمادى Gray Oil» يحوى ٤٠ و . جرام من مسحوق الزئبق نفسه

معلقاً فى سينتتر مكعب من خليط من زيت الزيتون واللاوئين

وتأثير اللبوس على المرض أقل بكثير من تأثير الحبوب او البرشام أو السوائل ،
ويتسبب عنه احيانا التهاب الاغشية المخاطية الشرجية .

(٥) بالحقن داخل العضلات : وتنقسم أنواع الاملاح الزئبقية التي تحقن
بالعضلات الى قسمين : -

(١) أملاح زائفة : وهي أسرع فتكا بالمرض من الاملاح الاخرى ولو أن
تأثيرها على الميكروبات غير مستمر . وأهمها : -

بينزوات الزئبق ٠.٢ و . جرام في الحقنة يوميا أو .

سيانور الزئبق ^(١) ٠.١ و . جرام » » » أو

بيودور الزئبق ٠.٢ و . جرام » » »

وأفضلها حقن السيانور لانه مدر للبول فيمكن استخدامه في الحالات التي لا يمكن
معالجتها بالعلاجات الزئبقية مثل التهاب الكلى الزهري ، خصوصا وانه يمكن اعطاؤه
للمريض بالوريد كما سيأتى بصحيفة ١٩٦ .

(٢) أملاح غير زائفة : وهي بطيئة التأثير على المرض ولكن مفعولها يستمر
لزمن أطول عن الاملاح الزائفة . وأهم هذه الاملاح : -

(١) الكالوميل ٠.٥ و . جرام في الحقنة الاسبوعية .

(١) ويمكن استخدام ملح (اوكسى سيانور الزئبق) بمعدل حقنة سائى متر مكعب من
محلول هذا الملح (بنسبة ٢٥ و ١ جرام من الملح مذابة فى . . و ١٠٠ جرام من الماء
المقطر) يوميا .

ويجهز السيانور الزئبقى فى السوق مصحوبا بالكوكاين ليخفف الألم الموضعى للحقنة، ويوجد
تركيب آخر لا يختلف كثيراً فى تأثيره عن السيانور والكوكاين وهو (هيدرارجيرون
سكسينيميد ٠.٢ و . جرام ، وكوكاين ٠.١ و . جرام ، وماء مقطر . . و ١ جرام فى حقنة) .
وتوجد حقن زئبقية التراكيب فى السوق تحت اسم « ازورول » و « نوقازورول » وتوجد
حقن من « الزئبق مع الزرنيخ » مثل حقن « ارسينو هيجرول » أو حقن « مودينول » الخ . الخ .

(ويمكن رفع هذا المقدار الى ١٠ و . جرام في الاسبوع) ولوحظ ان هذا الملح قد يحدث عنه تسمم في بعض الحالات ووصل التسمم ببعض المرضى الموت ^(١)
(يوجد تركيب مجهز يباع باسم « الكالوميل ايليكنر وليتيك Zambeletti » ^(٢) وأفضله عن غيره) .

(٢) ساليسيلات الزئبق : خذ ٣ جرام من هذا الملح وضعها في ٢٧ جرام زيت الزيتون وتغقم . ونبدأ بحقن نصف سنتي مكعب ، وبعد أسبوع نحقن $\frac{3}{4}$ سنتي مكعباً وبعد أسبوع نحقن سنتي مكعباً وهكذا ، والالمان أكثر استخداماً لهذا الملح كما ان الفرنسيين أكثر استخداماً الكالوميل .

(٣) « هيدرارجيري تيولو أستيكي » يجهز هذا الملح كالمح السابق ويستخدم بنفس الطريقة والمقادير .

(٤) « الزيت الرمادي - جري أويل » : مسحوق الزئبق المعدني ٤٠ و . جرام معلق في سنتي متر مكعب من خليط من اللانولين وزيت الزيتون . ويحقن منه كل أسبوع مقدار ٠٦ و . جرام الى ٠٨ و . جرام الى ١٠ و . جرام من مسحوق الزئبق (وتوجد « حقنة - سيرينج » خاصة مدرجة ١٠ درجات كل درجة منها تحوى سائلاً يكون مقدار ما فيه من مسحوق الزئبق سنتي جرام واحد) .

(٦) بالحقن داخل الوريد : واهم التراكيب التي تستخدم هكذا هي :

(١) سيانور الزئبق يستخدم حقناً داخل الوريد بمقدار ٠١ و . جرام يومياً أو ٠٢ و . جرام كل يومين ، وهو يفضل التراكيب الزرنيخية في بعض الحالات المتعذر استخدام الأخيرة فيها مثل التهاب الزهري الكاوي وخصوصاً لأنه مدر قوي للبول .

(١) Backer : Fatalities from intramuscular injections of Calomel : The Medical Review, June, 1922.

(٢) وهو كالوميل مجهز بطريقة خاصة ومعلق في زيت الكافور . ولاحظت انه أقل ايلاًماً من حقن الكالوميل العادية

(٢) « الزئبق الكوللويدال »^(١) ويحتمله المرضى جيداً ولكنه أضعف في تأثيره على المرض من السيانور .

(٣) « اينيسول » وهو ساليسيل ارسينان الزئبق ، أى مركب زئبقى زرنيخى ، ويجهز فى أنابيب بها ٢ أو ٣ أو ٥ سنتيمتر مكعباً يحوى كل سنتى مكعب منها مقدار ٣ . و . جرام اينيسول . ويحقن المريض منه ٢ سنتى مكعب كل يوم أو ٣ كل يومين أو ٥ كل ٣ أيام . وهو لا يؤلم قط فى الوريد ولكنه اذا حقن فى العضلات فانه يؤلم قليلاً ولكنه ألم اقل من ألم املاح الزئبق الغير الذائبة . وتأثير هذا الملح أضعف حتماً من التراكيب الزرنيخية الكبرى وأضعف حتى من تأثير السيانور الزئبقى على المرض ، ولكنه يحتمل بدون أى مضاعفات كالتهاب اللثة أو الالتهابات المعدية المعوية التى كثيراً ما تصحب غيره من التراكيب الزئبقية الأخرى ، ولذا فائنا نفضله عليها خصوصاً فى حالات الأشخاص الذين يظهر عدم احتمالهم السيانور .

العوامل المانعة من استخدام الزئبق : يمكننا أن نقول من الوجهة العملية انه لا توجد عوامل قوية تمنع من استخدام الزئبق الا فى حالات الضعف التام المصحوب بهزال فى الجسم أو فى حالات السل فى مثل هذه الحالات يمكن استخدام التراكيب الزرنيخية بعناية وحیطة تامة وأما فى حالات ضعف الكبد أو الكللى فلا يجوز استخدام مقادير زئبقية كبيرة ، ويمكن استخدام الاوكسي سيانور أو سيانور الزئبق والأخير أفضل خصوصاً اذا أعطى فى الوريد ومع عدم نسيان انه مدر قوى للبول .

اعراض التسمم بالعلاج الزئبقى

التي تظهر احياناً على المرضى

اذا وصل المريض لبدء دور التسمم فانه يشعر باشتداد الطعم المعدنى فى فمه (لأن المرضى يشعرون وقت معالجتهم بالزئبق بطعم معدنى فى فمهم ولكنه لا يكون

(١) وهو يجهز تحت اسم : — "Ionoide d'hy drargyre", "Electro mercuriol".

ظاهراً محسوساً جداً كما هي الحالة في بدء التسمم). ثم تبدأ اللثة العليا والسفلى في الالتهاب والتضخم، كما يحدث ذلك للفشاء المخاطي في داخل الفم كله، ويكون مصحوباً بشعور باختناق بسيط ولكنه يتزايد، ويكون اللسان أيضاً، وأحياناً أيضاً متسخاً وجافاً، وقد تتناثر قطع من سطح الفم المخاطي في أحجام مختلفة. (١)

ويشعر المريض بالآلام في معدته وبقية مستمر أو متقطع. ويصير سطح جسمه بارداً (مع أن حرارته قد تكون مرتفعة لتسمم موضعي في أى مكان في جسمه). ويكون النبض ضعيفاً وسريعاً، ويكون التنفس سريعاً، أو سريعاً جداً، وفي بعض الحالات الشديدة في التسمم يصير بطيئاً. أما البول فيكون مملوئاً بالزلال ويتناقص شيئاً فشيئاً حتى تصل الحالة إلى انحباس بولي تام.

علاج اعراض التسمم الزئبقى

تعالج هذه الاعراض — اذا حدثت — طبقاً للتعاليم الطبية العامة في علاج أنواع التسمم المعدنى، وخصوصاً الزئبقى، وتتأخذ في مثل هذه الحالات في اعطاء مسهلات المائيزيا أو الصودا، مع اعطاء المريض سوائل مختلفة لغسل الجسم من سمومه الزئبقية. وأما الآلام فقد تستخدم لها المورفين (٢). وأما الغذاء فيفضل أن يكون خفيفاً جداً ومن أنواع الغذاء الاليومينية كاللبن أو كسائل زلال البيض. ولوحظ أن زيت الزيتون في جرعات بمقدار ملعقة شورية ٤ مرات يومياً مفيد غذائياً وعلاجياً.

وتجب ملاحظة الكلى والقلب دائماً في مثل هذه الحالات مع العناية بهما طبقاً لجميع التعاليم الطبية الباطنية.

(١) وقد رأيت خمس حالات كان تناثر هذه القطع فيها ظاهراً جداً لدرجة أن القطعة منها كانت بحجم ٣ ساني في ٤ ساني متراً. ورأيت حالة كانت القطع فيها متسعة كسابتها ولكنها متضخمة لدرجة ١/٢ ساني متراً، ويمكننا التعبير عن هذه الحالة بأن المريض «كان بقي لحم فيه».

(٢) وقد استخدمت نوعاً من المقاتير المجوزة في مثل هذه الحالات التسممية التي عرضت على من أرياف القطر ووجدت له تأثيراً فعالاً، وهو «بيركاين — Percaïne» وخصوصاً أنه لا يؤثر على الرضى كتأثير المورفين السيء.

الزرنبخ

أول مركب زرنبخي قوى فى علاج الزهرى اكتشفه إيرليش وهاتاوهو الذى يحمل اسم سالقارسان^(١) - أو (٦٠٦)

وهو عبارة عن مسحوق أصفر فاتح ، داخل انبوبة محكمة القفل به ٣١ فى المائة من الزرنبخ ، وهو حمضى ولذلك تجمد السوائل الزلالية اذا اختلطت بمحلول ٦٠٦

ويتأكسد هذا المسحوق بسرعة اذا اختلط بالاكسيجين ، ولذلك نرى ان دخول قليل من الهواء فى الانبوبة يقلب لون المسحوق الى أحمر طوبى ثم سريعاً الى أحمر غامق ثم الى أحمر بنى . وأقل تغير فى لون المسحوق يجعله ساماً غير صالح للاستعمال .

وأول ما اكتشف هذا العلاج استخدم كحقن فى العضلات^(٢) ، ثم عدل عن ذلك لما نتج عنه من آلام موضعية شديدة مع تكوين خراجات كبيرة الحجم . وبدأوا فى استعماله كحقن داخل الوريد .

تجهيز المريض للحقنة

بعد فحص قلب المريض وورثيه وبوله يعطى شربة ويؤمر بعدم تعاطى الطعام لمدة ٨ ساعات قبل أخذ الحقنة على الأقل^(٣) . ثم عند عمل الحقنة ينام المريض على « ترايزة العمليات » أو ما يماثلها بحيث يوضع ذراعه على « مسند » ثابت . ثم يربط الذراع فوق مفصل المرفق بجبل من الكاوتشوك بحيث يكون الضغط كافياً فقط

(١) Chlorhydrate de dioxydiamino-arsénobenzol.

(٢) وحاولوا استخدام علاج ٦٠٦ بواسطة تعاطيه بالفم ولكن نتج عن ذلك متاعب هضمية معدية ومهوية وكان تأثيره على المرض ضعيفاً جداً كما بين ذلك « فورنييه » وزملاءه Fournier, Guenot et Renault : Bull. Soc. de Derm, p. 437, 1911.

ولذلك فإن هذه الطريقة فى العلاج عدل عنها تماماً .

(٣) لان عدم الحيلة فى ذلك قد ينتج عنها ان المريض يتقيأ الأكل الذى يأكله بمجرد دخول الحقنة فى الوريد .

لتضخم الأوردة ولكنه لا يكون ضغطاً قوياً . ويعتم جلد الذراع في هذه المنطقة بالآثير النقي مثلاً ، ثم يحقن بالحقنة التي تكون جهزت .

تجهيز حقنة ٦٠٦

طريقة انزابة المسحوق : تكسر الأنبوبة التي بها المسحوق ويصب المسحوق على سطح ماء مقطر ^(١) بمقدار ١٥ الى ٢٠ سنتي متراً مكعباً موضوعاً في وعاء زجاجي ، ويجب أن يكون الماء المقطر مقطراً حديثاً لأن الماء المقطر المخزون في زجاجات لمدة طويلة يحوى دائماً مواد غير نقية ، فيذوب المسحوق بدون تحريك الوعاء ، وبالعكس يجب عدم تحريك الوعاء والا فان المسحوق « يكلعك » . وهذا السائل يكون حمضياً ، ولحقنه في مجرى الدم يجب أن يكون غير حمضى أو قلويًا قليلاً .

اعداد المحضية وقابلية السائل : جهاز محلول الصودا القلوى بقوة ٤ في المائة ، ويجهز هذا المحلول بماء مقطر حديثاً أيضاً . ثم صب هذا المحلول القلوى نقطة نقطة فوق السائل الزرنيخى ، فيبدأ السائل الزرنيخى يترسب في شكل جيلاتينى ، ثم صب مقداراً آخر من المحلول القلوى يعادل ثلث المقدار الذى صيبته أولاً تقريباً فترى الراسب الجيلاتينى ذاب وصار السائل الزرنيخى رائقاً جداً وقد أصبح قلويًا لدرجة كافية لحقنه بالوريد بدون أى خطر على المريض لا من حموضة السائل السابقة الذكر ولا من قلوية شديدة فيما اذا استخدم السائل القلوى اكثر مما ذكرنا .

ثم خفف السائل الزرنيخى الأخير بماء مقطر حديثاً أيضاً بحيث تصبح كل خمسة سنتي جرام من المسحوق مذابة في ١٠ سنتيمتر مكعباً من الماء المقطر ^(٢) وضعه في جهاز الحقنة .

جهاز الحقنة : توجد أجهزة متعددة لعمل هذه الحقنة ، وكنا سابقاً نستخدم

(١) كل الماء المقطر الذى يستخدم في تجهيز هذه الحقنة يجب ان يكون في درجة حرارة ٣٧ سنتيجراد تقريباً .

(٢) وكما نستعمل سابقاً محلول ملح الطعام بنسبة ٥٠ و . في المائة من الماء المقطر ولكننا عدلنا عن ذلك ونفضل الآن استعمال الماء المقطر .

« جهاز الأنبوبتين » ولكن أبسط جهاز يستخدم الآن هو اسطوانة زجاجية مدرجة من ٥٠ سنتي متر مكعب الى ١٠٠ و ١٥٠ و ٢٠٠ و ٢٥٠ و ٣٠٠ ، وبأسفل الاسطوانة توجد فتحة صغيرة توضع فيها أنبوبة من الكاوتشوك وبالطرف الآخر للأنبوبة توجد قطعة من المعدن تتركب عليها الابرة الوريدية .

فلعمل الحقنة يعقم هذا الجهاز كله في الماء المقطر حديثاً أيضاً ، ثم يوضع فيه السائل المخفف أخيراً وتعمل الحقنة كما سيجيء الوصف في باب « علاج ٩١٤ » مع فارق واحد ، وهو أن السائل في « ٩١٤ » يقذف في الوريد « بحقنة ريكورد » وهنا يدخل السائل في الوريد بواسطة ضغط العمود السائل الموجود داخل الاسطوانة .

تراكيب تشبه السالفارسان : لما صنع الألمان « ٦٠٦ » قلدهم الانجليز وصنعوا ما سموه « خارسيقان » وهو يشبه السالفارسان ، وصنع الفرنسيون تراكيب كثيرة أهمها « تريبارسينات » و « ارسينو بينزول » و « سانار » وكلها تراكيب تشبه السالفارسان بيولوجيا وكيمياوياً .

وكل هذه التراكيب من السالفارسان واشباهه مجهزة في أنابيب تحوى كل مجموعة منها ست أنابيب ، تحوى الأولى ١٠ و ٠ جرام من المسحوق ، والثانية ٢٠ و ٠ جرام والثالثة ٣٠ و ٠ جرام والرابعة ٤٠ و ٠ والخامسة ٥٠ و ٠ والسادسة ٦٠ و ٠ جرام . ولسنا هنا في مقام المقارنة بين قيمة مختلف هذه التراكيب الزرنيخية ، الا أننا نستلفت القارئ الى أن معظم التراكيب التى تشبه السالفارسان الأصل كانت صناعتها نتيجة لقيام الحرب العالمية سنة ١٩١٤ . . . وبما أنه معترف بأنها تشبه السالفارسان الأصل بيولوجيا وكيمياوياً فلتكلم عنها جميعها أصيلاً واشباهه وسنسميها من الآن التراكيب الزرنيخية من مجموعة « ٦٠٦ »

المضاعفات الثانوية التى تحدث للمرضى أحياناً

نتيجة لحقنهم بتراكيب « ٦٠٦ »

(١) يحدث أحياناً أن يصاب المريض بعد حقنه بأى واحد من تراكيب

« ٦٠٦ » بانتفاخ في الوجه وبسرعة في النبض وبتوسع في حدقة العين وتقلص في عضلات الفم والزور وتضخم في اللسان وضيق في التنفس ، وفي حالات تأثر المريض بشدة قد يصاب أيضاً بتقلص في عضلات الأطراف وقد يصل للأغماء .^(١)

(٢) ارتفاع في درجة الحرارة وصداع شديد .

(٣) طفح جلدى من نوع « أورتيكاريا » أو من نوع لطخى أو في الحالات

الشديدة يصاب المريض بنوع « التهاب جلدى متقشر »^(٢) مصحوب بالتهاب رئوى أو نزيف معدى أو معوى ، ومثل هذه الحالات الشديدة تنتهى أحياناً بالموت .

(٤) التهاب في اللتين وغشاء الفم المخاطى كله .

(٥) اسهال وقيء .

(٦) زلال مصحوب باسطوانات كلوية أو غيرها من علامات الالتهاب الكلوى .

(٧) اليرقان^(٣) ، ففي حالات التسمم البسيط يكون اليرقان بسيطاً وقد لا

يمكث أكثر من بضعة أيام ، وأما في الحالات الشديدة فيكون من نوع أصابة الكبد بمرض « الضمور الأصفر الحاد » .^(٤)

(٨) أعراض مخية حادة ، وأهمها ألم شديد بالرأس واضطراب في القوى العقلية

وتشنجات وانغماء وغيبوبة قد يعقبها الموت . وفي مثل هذه الحالات قد يصاب المريض

بأنحباس تام في البول أو تكون كمية البول قليلة جداً ومملوءة بالزلال . وقد يصاب

عصب البصر بالتهاب حاد .

وتتراوح الأعراض التي ذكرناها سابقاً بين الخفة والشدة وبين حدوثها منفردة

أو مجتمعة بعضها أو كلها عند المرضى المختلفين .

(١) يعبر الاطباء عن هذه المجموعة من الاعراض بقولهم باختصار : —

“Nitritoid Crises” وغيرهم يعبر عنها به “Anaphylactoid Crises.”

Exfoliative Dermatitis (٢)

Jaundice. (٣)

(٤) وراجع في هذا الموضوع : —

(a) Pulvermacher : Vortrag 8, V. 1917, Berliner Derm. Gesell.

(b) Derm. Zeits. Bd. XXIV. Heft 10.

ولعلاج الاعراض المذكورة تحت (١) يحقن المريض بتقدير سنتى مكعب من سائل الادرينالين بنسبة ١ فى ١٠٠٠

ولعلاج (٢) يعطى المريض واحداً من مخفضات الحرارة مثل الپيراميدون أو الفيناسيتين أو الاسپرين مصحوباً بقليل من سترات الكافيين .

لعلاج (٣) يعطى المريض بعض أقراص الكبريت لأنه لوحظ ان الكبريت ترياق فعال ضد الزرنبخ . ويمكن حقن المريض أيضاً بحقن « الانترامين » بتقدير ٢ سنتى مكعب ثم ٣ سنتى بعد يومين ثم ٥ سنتى بعد خمسة أيام . وأما فى حالات « الالتهاب الجلدى المتقشر » فتعالج الحالة طبقاً لتقدم الالتهاب الجلدى من استخدام مسكنات مثل مسحوق النشا أو الكالين أو حمامات « مغلى الردة » . الخ . . . من علاجات جلدية موضعية وعامة مع ملاحظة تقوية الجسم .

لعلاج (٤) مسهلات وغرغرات قابضة ومطهرة .

لعلاج (٥) و (٦) يعمل ما يلزم لحالات الاسهال والقىء والحالات الالتهابات الكلوية العادية .

لعلاج (٧) مسهلات قلبية مع غذاء خفيف جداً ويكون أكثره نشويًا .

لعلاج (٨) يجب تخفيف الضغط الحثى باستخراج مقدار ١٥ الى ٢٥ سنتى متراً مكعباً من السائل الحثى النخاعى مع حقن المريض عضلياً بالأدرينالين من آن لآخر وتلاحظ معالجة باقى الاعراض الحثية أو النخاعية أو العصبية طبقاً لتعاليم الطب العامة .

نبو الفارساه ٩١٤

هو مسحوق أصفر ناعم جداً يجهز عادة فى أنابيب صغيرة من الزجاج مقفلة بحيث لا يدخلها هواء وموضوعة فى علب صغيرة من الورق المقوى وعليها امضاء (ايرليش) . وتوجد أنواع ٩١٤ مجهزة فى بلاد أخرى غير المانيا . وطريقة اعطاء الحقنة هى تجهيز المريض بعد فحص قلبه وصدره وتطهير ذراعه عند المرفق بالكحول القوى وبعدئذ بالاتير ويمكن الاكتفاء بالكحول . وعندئذ ينشر الطبيب رقبة الأنبوبة التى بها المسحوق بمنشار صغير يوجد مع كل حقنة ويضع المسحوق فى كأس من الزجاج معقم

وبه مقدار ٥ جرام ماء مقطر (١ كوا ديستيلاتا). وبعد دقيقة تقريبا يذوب المسحوق تماماً فيأخذ الطبيب السائل الاصفر الليموني الذي بالكأس داخل حقنة من نوع (ريكورد). ويربط ذراع المريض بحبل من الكاوتشوك فوق المرفق (ويعطى طرفي الحبل لمساعدته أو للمريض نفسه ليمسكه بيده الأخرى أو يضغط على طرفي الحبل بجفت شرياني «ارتيري فورسيبس» أو يضغط الذراع بأي جهاز من الأجهزة الخاصة بمحجز الدم - ويعطونها اسم تورنيكيه). ويطلب من المريض ان يفتح أصابعه ويضمها بقوة مرات متوالية. وبذا تنتفخ الاوردة التي بالذراع عند المرفق فيمكنه بسهولة ادخال الابرة داخل وريد ينتقيه منها. ويعرف الطبيب ان الابرة دخلت الوريد بأن يرى الدم خارجاً من طرف الابرة الآخر^(١) وعندما يرى الدم خارجاً يضع طرف (حقنة ريكورد) في فتحة الابرة ويدفع السائل الأصفر ببطء داخل الوريد حتى آخر نقطة من حقنة نيوسالفارسان وبعدئذ يخرج الابرة من الوريد ، ويضغط على قطعة من القطن عليها ٣ نقط من (صبغة اليود) على جلد الذراع عند الفتحة التي دخلت منها الحقنة وبعد مرور دقيقة يطلب من المريض ان يثني ذراعه مع وجود قطعة القطن لمدة دقيقتين. وبعد ذلك يرمى قطعة القطن التي عليها صبغة اليود ويضع مكانها قطعة قطن معقمة ويربط الذراع برباط قصير من الشاش ويطلب من المريض رفع هذا الرباط بعد ساعتين أو ثلاث ساعات. ويستحسن ان لا يأكل المريض يوم الحقنة شيئاً غير اللبن وان لا يقوم بأي عمل بل يريح نفسه تماماً ، ولو أن هذه الحيلة غير ضرورية الا في الكميات الكبيرة.

هذه هي أحسن طريقة لعمل الحقنة واذا لوحظت كل هذه الخطوات فلا يحدث للمريض أي اضطراب من الاضطرابات التي نسمع عنها عادة. فمثلاً يدخل بعضهم الابرة في الذراع ومع أنه لم ير الدم خارجاً من طرفها الآخر فهو يدفع الحقنة في الذراع فتدخل طبعاً تحت الجلد وينتج عن ذلك ألم شديد محل الحقنة ويتورم الذراع وربما

(١) ويمكن عمل الحقنة بواسطة وضع الابرة في نهاية الريكورد ووضع الابرة في الوريد ، وفي هذه الحالة يتكلم الطبيب على خبرته في معرفة ما اذا كانت الابرة داخل الوريد أو ليست داخله، ويمكنه التحقق من ذلك بسحب مقدار من الدم داخل الحقنة. واكمل طريقة مدرسة تفضليها.

يتقرح الجلد ويعرض الطبيب مريضه لعذاب طويل لمجرد خجله من ان يخرج ابرته من الذراع ويحاول ادخالها مرة أخرى حتى تصيب وريداً في طريقها فتخرقه . ونستحن ان نذكر القارىء بأنه اذا دخل سائل نيوسالفرسان تحت الجلد وليس في الوريد فلا بد من ان يتورم ذراع المريض

واذكر هنا حالتين ربما يستفيد منهما القارىء . زارنى . م . بك . ع وقال ان الدكتور . . . أعطانى حقنة كبيرة في ذراعى الايمن البارحة واليوم صباحاً ذهبت له متكديراً جداً لان ذراعى يؤلمنى شديد الالم فنصحتنى بعمل مكمدات ساخنة مرة كل ٤ ساعات فعملت مكمدتين ولم أشعر الا بازدياد الالم والآن وقد صرت لا أطيق الالم جئت اليك مؤملاً ان تصالح خطأ زميلك الفاضل . ففحصت ذراعه ووجدته متورماً بشدة ووجدت طبقة رقيقة من الجلد بارزة وتحتها افراز مائى . فنصحت به بأن يعمل مكمدة انثيفلوجيستين (١) فعملها وذهب الورم تدريجياً في مدة ٣ أيام ولكن طبقة الجلد التى كانت بارزة تسخت رغم العناية بأبقائها ونتج عن تسليخها بقاء سطح مكشوف بالذراع مساحته كمقطعة العشرة قروش لمدة ١٢ يوماً وبعد ذلك ابتداء الجلد يتكون على هذا السطح وشفى المريض في مدة ٢٢ يوماً

وزارنى ف . افندى ع ووجدت تقرحات عميقة بذراعه وأخبرنى ان ذلك نتيجة حقنة ٦٠٦ أعطاهما له حكيم المركز وأعاقها تورم شديد بذراعه وصار طبيبه يعالجه مدة شهر ونصف ولكنه لاحظ ان التقرح يشتد وأنه ربما يعجز عن تشييم علاجه ونصحه بأن يستشير أحد الاخصائيين فعالجت الحالة كنتقرح عميق نتيجة تأثير الزرنيخ على أنسجة الجسم ولم يشف المريض الا بعد مرور ٣ شهور .

ومما تقدم يرى القارىء أهمية وجود الابرة داخل الوريد ويفهم اهتمامنا بالضغط بأصبعنا على الذراع محل دخول الابرة بعد اخراجها والغرض من ذلك منع ارتشاح قليل من السائل الزرنيخى الذى دخل الوريد بواسطة خروجه من الفتحة التى تركتها الابرة بالوريد . ولكن بعد مرور بضع دقائق يحصل انسداد طبيعى في هذه الفتحة فلا داعى لضغط الذراع . وأما اهتمامنا بربط الذراع فهو احتياط زائد - أى غير ضرورى - ولكن قد يفيد بمنع دخول أى ميكروبات داخل الفتحة خصوصاً اذا

(١) يباع انثيفلوجيستين في علب كبيرة وصغيرة . وطريقة تجهيز المكمدة هي ان توضع العلبة في ماء ساخن وينلى تحتها حتى (تسيح) المادة التى داخل العلبة وتؤخذ العلبة وتفتح وتفرش المادة التى تشبه (المربة) على قطعة من القماش (الكستور أو الصوف) وتوضع فوق الجسم دلى النقطة المراد عمل المكمدة لها وتنطى قطعة الكستور مثلاً بلفاف سميك من القطن . ويربط فتبقى المكمدة ساخنة لمدة طويلة وتستعمل هذه المكمدة في امراض أخرى كثيرة

كانت الابرة التي استعملت سميكة فترك فتحة متسعة ، وعلى العموم فهو لا يكافئنا أى مشقة وربما منع كارثة عظمى . وأما عادة اذابة مسحوق الحقنة فى ٥ جرام أو فى بعض الحالات فى ١٠ جرام فذلك لأن استعمال سائل مخفف لا يعقبه صداع أو قيء وتوجد طبقة من الأطباء تتبع عادة اذابة المسحوق داخل انبوبة . ولذا هم يذيبون المسحوق بواحد أو ٢ جرام من الماء المقطر ، فيكون السائل قوياً ولا يوجد ما يمنع من اذابة المسحوق داخل انبوبة بوضع الماء المقطر داخل الأنبوبة مع المسحوق بشرط ملاحظة عدم تلويث داخل الأنبوبة .

المضاعفات الثانوية التي تحدث أحياناً

نتيجة لعلاج (٩١٤)

كل المضاعفات السابق ذكرها فى (٦٠٦) قد تحدث فى علاج (٩١٤) . ولكن يوجد فرق واحد بين العلاجين ، وهو ان المضاعفات التي ذكرناها فى علاج (٦٠٦) اذا ظهر بعضها بعد علاج (٩١٤) فانه يكون ضعيفاً جداً ، وقلما ينتج عن (٩١٤) أية اخطار تذكر ، اللهم الا فى بعض حالات استعداد المرضى للتسمم بهذا الدواء اى فى حالة وجود « ايدوسينكرامى » عند المريض .

علاج هذه المضاعفات

استخدام نفس العلاج السابق ذكره فى صحيفة ٢٠٢ وتكون النتائج فى أ كثرية الحالات ناجحة ، ويندر جداً وجود حالة يأس مع العناية بتقديم العلاج اللازم . وتوجد مجموعة من التراكييب تشبه ال (٩١٤) وأهمها :-

« رود أرسان » ^(١) و « نيوارسينوبنزول » ^(٢) و « نوف أرسينوبينزول » ^(٣) و « نيوتريپارسينان » ^(٤) وكلها تستخدم بنفس الطريقة التي يستخدم بها علاج

Rhodarsan (١) Neoarsenobenzol (٢)

Neotrieparsenan (٤) Novarsenobenzol (٣)

(٩١٤) مع بعض التغيير في كمية ذوبان هذه المواد ، ومع ملاحظة تأثيرها على المرضى ومقدار احتمالهم لهذه العلاجات . وقد يستخدم علاج (٩١٤) بواسطة الفم ويوجد مجهز تحت اسم « نارسينول » ^(١) موضوع في « كابسول » يؤخذ بالبلع في الفم ويدوب في الأمعاء ولا يتأثر بالافرازات المعدية حتى لا يؤثر على غشاء المعدة ويتسبب في قيء شديد ، ولكنه مع ذلك لوحظ أنه يتسبب في اسهال وتقرز وقيء في كثير من الحالات ، وهو لا يستخدم عادة إلا في حالات استحالة وجود طرق العلاج الأخرى باستطاعة المريض .

طرق حقن ال ٩١٤ الأخرى : يمكن حقن (٩١٤) في العضلات مع استخدام (مقدار ٣ الى ٥ سنتي متراً مكعباً من محلول « نوفوكاين » ١ ٪ في سائل « الجلوكوز ») كأساس لاذابة ملح (٩١٤) . ومع كل هذه الحيلة فانه لوحظ ان الحقن بهذه الطريقة يكون مؤلماً ، وقد تحدث له كنتيجة ، مباشرة أو غير مباشرة ، خراجات .

ويمكن حقن أنواع (٩١٤) تحت الجلد باذابتها في محلول ١ ٪ « نوفوكاين » أيضاً ، ولا ينتج عن ذلك ألم عند عمل الحقنة ، ولكن لوحظ في أ كثرية الحالات حدوث ألم شديد بعدئذ وقد يستمر لبضعة أيام بعد الحقنة . ولذا ننصح بعدم استخدام هذه الطريقة بتاتاً .

المضاعفات الثانوية نتيجة

الأنواع السابقة الذكر وعلاجها

تتبع في دراسة هذه المضاعفات وعلاجها نفس الطرق التي ذكرت في المضاعفات الناتجة عن المواد الزرنيخية السابقة الذكر وعلاجاتها مع ملاحظة الظروف الموضعية للحقن العضلية أو تحت الجلدية .

مركب زرنيخية تشبه ٦٠٦ و ٩١٤ (١)

« ميوسالفارساين » (٢) مادة تحقن في العضلات وتحتل في كمياتها الأولية بسهولة ، وفي الكميات الكبيرة قد تسبب في بعض الألم ولكن يمكن تخفيفه بالمكدرات الساخنة المائية أو غيرها .

وامتياز استخدام هذه المادة - وغيرها من المواد الجيدة التي تستخدم حقناً في العضلات - هو أن تأثير العلاج يكون مستمراً وأطول وأثبت فتكا بالميكروبات الزهرية عنه في المواد التي تستخدم في الوريد ، وذلك نتيجة لبطء امتصاص هذه المواد ولسرعة افراز المواد المحقونة في الوريد بواسطة الكلى وباقي مخارج الجسم .

« سلفارسينول » (٣) مادة لا تختلف كثيراً عن (٩١٤) ولكن يمكن استخدامها في العضلات أيضاً ، وزيادة على ذلك فيمكن استخدام هذه المادة في الحالات التي يظهر على المرضى عدم احتمالهم لمواد أخرى ، ونرى أنها مادة عادية ليس لها أى امتياز يسمح باستخدامها أفضل من غيرها .

« سلفوتريبارسينان » (٤) مادة تشبه سابقتها ولكنها أسرع ذوباناً منها وأفضل تأثيراً .

« زيلبرسالفارساين » القديم أو الجديد ، وهو مركب زرنيخى قصى ، قد يفضل في استخدامه بعض المركبات الأخرى في بعض الحالات ، وخصوصاً حالات ضعف القلب أو تضخمه ، ولكن يجب ملاحظة دفع الحقنة في الوريد ببطء حتى لا تنتج عنها مضاعفات ثانوية خطيرة ، خصوصاً مرض « التهاب الجلدى العام » (٥) وهو مرض خطير ، وقد ينتهى بالموت ، وكل ذلك يكون نتيجة لدفع السائل الزرنيخى الفضى داخل الوريد بسرعة .

(١) يضيق نطاق هذا المؤلف عن شرح تفصيلي لهذه المواد وسأشرحها في فرصة أخرى .

(٢) Myosalisan

(٣) Sulfarsenol (٤) Sulfotreparsenan (٥) Generalised Dermatitis

ولكن يحدث أن يعتنى الطبيب بتجهيز ودفع سائل الزيابرسالفارسان بكل عناية فنية وتنتج نتائج خطيرة تعود في أكثرية الحالات الى وجود حالة « إيدوسينكراسى » - أى استعداد للتسمم بمادة خاصة - عند بعض المرضى ، وفى هذه الحالة يتعذر على الطبيب المعالج اكتشاف هذا الاستعداد الا بعد وقوع الخطر ، حتى اذا احتاط باستخدام كميات صغيرة فى بدء العلاج .

« سالفوميزاركا » ^(١) تركيب كبريتى زرنيخى يشبه مادة « سيلفوترپارسينان » السابقة الذكر ولكن المرضى يجهلون آلام الحقن العضلية بهذه المادة أكثر من احتمالهم للمادة السابقة الذكر .

تركيب زرنيخية منه مجموعة أخرى ^(٢)

« أتوكسيل » ^(٣) وقد أهمل استخدامه لتعدد حوادث التسمم الناتجة عنه وخصوص تعرض « عصب البصر » لخطر كثيرة تنتج عن العلاج به
« هيكتين » ^(٤) وتأثيره على عصب البصر أقل خطراً من السابق ، ولكن استخدامه أهمل لضعف فتيكه بمرض الزهري .
« ستوفارسول » ^(٥) ويعطى كأقراص بواسطة الفم وسيأتى ذكره فى باب الوقاية من الزهري .

(١) Sulfo-Mesarca

(٢) هذه التراكيب تختلف عن سابقتها بانها مشتقة من « الحمض الزرنيخى Arsenic Acid » وهى خارحة عن مجموعة « الزرنيخ البنزينى Arsenobenzols » لأن الاولى « خمسية التركيب المكافئ Pentavalent » والثانية التركيب المكافئ Trivalent « من الوجهة الكيماوية .

(٣) Atoxyl (٤) Hectine

(٥) Stovarsol وهو مركب من مركبات الحمض الزرنيخى Acide-oxy-amino-phéyl-arsenique ويسمى أيضاً (189 de Fournéau) وتركيب معدل منه اسمه (190 de Fournéau)

« أسيتيل ارسان » ^(١) وهو تحوير كياوى للمركب السابق ويحتوى ملحه على ٢١٥ فى المائة من الزرنيخ النقى، وهو مجهز فى شكل سائل مائى (بمقدار ٢٣ر٦ ٪ من الملح) فى أنابيب تحوى كل واحدة منها ٣ سنتى مكعب من السائل بحيث تحتوى على ١٥ سنتى جراماً من الزرنيخ النقى ، ويمكن حقنه بالوريد أو تحت الجلد أو داخل العضلات حيث لا ينتج عنه ألم موضعى ، ولوحظ ^(٢) ان نتائج العلاج الوريدية لا تفضل نتائج حقنه فى العضلات . ودور العلاج يحتاج لمقدار يتراوح بين ١٥ و ٢٠ جراماً من الملح نفسه . وحوادث التسمم به نادرة وكلها من مجموعة نمرة (١) المذكورة فى صحيفة ٢٠١ . ولاحظت ان هذا العلاج مفيد جداً فى حالات الزهري التى يوجد فيها ما يمنعنا عن استخدام التراكيب الزرنيخية القوية السابقة الذكر .

« تريپارساميد » ^(٣) هو مسحوق أبيض سريع الذوبان فى الماء المقطر ، ويباع فى أنابيب تحوى كل منها ٣ جراماً من المسحوق ذائبة فى ١٠ سنتى مكعب من الماء المقطر جيداً . وتحتن محتويات الأنبوبة فى الوريد .

وهذا المسحوق ليس له قوة فتك كبرى بالميكروبات الزهرية ، وكل امتيازاه عن غيره من العلاجات هو سهولة اختراقه للأغشية العصبية ، ولذا يكثر استخدامه فى علاج حالات زهري الجهاز العصبى كالتاييس والشلل العام اللذين لا يتحسنان كثيراً بعلاجات الزرنيخ الأخرى . وسندكره عند الكلام عن علاج الزهري العصبى .

« كاكوديالات الصودا » ^(٤) استخدم هذا الملح البسيط فى علاج بعض حالات الزهري ، ولكنه لضعفه الشديد فى مهاجمة المرض واتوصلنا لأملاح زرنيخية أقوى منه جداً قد اوقف استعماله ضد الزهري تقريباً .

هذه هى أهم الأملاح الزرنيخية وتشكلم الآن عن املاح :-

(١) Acetylarsan (٢) Laurent: Ann. des mal. vener., Juillet 1923.

(٣) Triarsamide وقد قام باختباره وتجربته الاولى على الحيوان "Heidelberg"

و "Jacobs" بمعهد روكفلار .

(٤) Cacodylate de Soude.

(١)

البيزموت

قلنا في صحيفة ٢٧٩ من الطبعة السابقة لمؤلفنا هذا (سنة ١٩٢٢) : -

« وقصارى القول تراهم الآن فى فرنسا يبشرون بعجائب البيزموت وربما يصلون لنجاح يذكر فى المستقبل » . ولقد بينت المباحث العلمية التى تمت فى العشر السنوات الماضية ان اكتشاف علاج البيزموت آتى بنتائج جيدة ومشجعة للغاية . وفى شهر مايو سنة ١٩٢١ اعلن « سازيراك » و « ليفاديتى » ^(٢) نجاح استخدام أملاح « تارتروبيزموتات البوتاسا والصودا » فى علاج الزهري التجريبي . وأعقبهما « فورنييه » و « جوينو » ^(٣) فى اثبات صحة هذه الدعوى . واتسعت دائرة البحث فى جميع الاقطار خارج فرنسا وأثبتت ان املاح البيزموت تدخل ضمن اسلحتنا القوية فى محاربة الزهري .

وتنقسم أملاح البيزموت التى نستخدمها فى علاج الزهري الى المجموعات الثلاث الآتية (١) أملاح غير ذائبة ، (٢) أملاح غير ذائبة ومعلقة (٣) أملاح ييزموتية كوللويدية .

(١) املاح ذائبة

(١) املاح ذائبة تحقق فى الوريد : توجد تراكيب عديدة من هذه الاملاح ونكتفى هنا بذكر بعضها مع التعليقات على النظرية العامة فى استخدام هذه الاملاح : - « تارتروبيزموت » ^(٤) و « سيجموت » ^(٥) و « يينزو ييزموت » ^(٦) وأعظم

Bismuth. (١)

Sazerac et Levaditi: dans Com. Ren. Acad. des Sc., 30 Mai 1921. (٢)

Fournier et Guénot: Ann. de l'Inst. Pasteur, p.14, 36, 1922. (٣)

Berzo-bismuth (٦) Sigmuth (٥) Tartro-bismuth (٤)

كمية يجوز حقن المريض بها مرة واحدة في الاسبوع يجب ان تقاس بالمعدل الآتى :
 « $\frac{1}{4}$ من السنتجرام من البيزموت المعدنى لكل كيلو جرام من وزن جسم المريض »
 وطبقاً لهذه القاعدة يمكن استخدام الاملاح المذكورة بمعدل حقنتين اسبوعياً تحوى
 كل منها مقدار ١٢ الى ١٥ سنتجراماً من الملح المرغوب فيه . ولاحظت افراز
 البيزموت فى البول بعد هذه الحقن بمقدار ربع ساعة ، ويزايد الافراز فى الساعات
 الثالثة والرابعة بعد الحثن ويختفى الافراز من البول ما بين عشر الى اثني عشر ساعة
 وهذا الافراز السريع يبين سرعة فتك هذه العلاجات بميكروبات الزهري .

وعيوب هذا العلاج هى ان بعض المرضى — خصوصاً الذين عندهم استعداد
 خاص ضد احتمال البيزموت — يصابون بالتهاب الغشاء المخاطى بالفم ، وقد يحصل فى
 الأنف أيضاً ، ولذلك يجب البدء بمقادير صغيرة للتحقق من حسن استعداد المريض
 والا فيلجأ الطيب لعلاج زهري آخر وعلى العموم فإن التهاب هذا الغشاء المخاطى
 يخف بمجرد ايقاف العلاج .

(ب) **املاح ذائبة تحقن فى العضلات :** توجد أيضاً تراكيب عديدة من

هذه الاملاح نكتفى بذكر الآتى منها : —

« لبال » ^(١) و سيتارسان ^(٢) و جاليزموت ^(٣) و لياتول ^(٤) و ايرسيديلات ^(٥)

وتحقن كلها بحيث تحتوى كل حقنة على مقدار ٣ سنتى الى ٤ سنتى جرام من
 البيزموت المعدنى ، وبحيث لا يزيد مقدار البيزموت المعدنى المحقون فى مدة اسبوع
 عن ١٠ الى ١٢ سنتيجراماً

ويكتشف البيزموت فى البول بعد مرور ٢٤ الى ٣٠ ساعة من الحقنة ، وهذا
 يبين بطء فتك هذا العلاج بالمرض عن فتك العلاج فى الوريد ، ولكن هذا العلاج
 أفضل فى حالة عدم وجود أعراض ظاهرة على الجسم أو سرية الفتك داخله لاستمرار
 تأثير العلاج لزمان أطول . والمؤلف ينصح بعدم استخدام هذا العلاج لما يصحبه من
 آلام موضعية شديدة واستخدام املاح المجموعتين الآتى ذكرهما أفضل وأخف ألماً .

(٢) املاح غير زائبة ومعلقة

كما قلنا في الزئبق تعدد طرق العلاج بأملح اليزموت خصوصاً وان المعدنين لا يتعدان في عالم المعادن كثيراً عن بعضهما . والتراكيب اليزموتية الغير الذائبة هي التراكيب التي تعطى في علاج الزهرى أحسن النتائج الفعالة ، ولهذا السبب تراها تعددت وكثرت في جميع الاقطار ، وصارت فابريقات الادوية تنافس بعضها بعضاً لصنع الكثير منها لدرجة جعلت الاسواق غارقة في بحر كبير من اسماء المجهزات المسجلة تحت أسماء كثيرة تجعل الاحتفاظ بأسمائها مشقة كبرى على الاطباء . ولذلك سنجتهد ان نذكر هنا أهم ما نعتقد انه أحسن التراكيب - التي اختبرناها خبرة طويلة - في علاج الزهرى بواسطة اليزموت : -

(١) اليزموت المعدنى : أول من استخدم اليزموت المعدنى هما « سازيرالك » و « ليفاديتى »^(١) ووجدوا ان هذا المعدن اذا أمكن استخدامه في شكل مسحوق ناعم جداً يكون سهل الامتصاص فإنه - على اقل تقدير - سيحصل على نفس النتائج التي يحصل عليها استخدام الزئبق في شكل الزئبق داخل « الزيت الرمادى » ولقد وجد الباحثان ان معدن اليزموت له تأثير على ميكروبات الزهرى أقوى من تأثير معدن الزئبق ، فلم يبق أمامها الا ايجاد تركيب يزموتى فال ضد الزهرى ، فساعدهما الكيماويون بأيجاد : -

« نيو - تريبول »^(٢) وهو مركب من اليزموت المعدنى معلق في سائل من « الجلوكوز » . وتحتوى كل أمبوبة ما يقرب من مقدار ١٩ و . جراماً من اليزموت المعدنى معلقة في ٢ سنتى متراً مكعباً من سائل السكر السابق الذكر . وتعطى الحقن

(١) والطريقة التي استخدمها الباحثان هي تحويل كيماوى لاملح ال « طرطرويزمونات الصودا والبوتاسا » الى مسحوق ناعم اسود يحتوى على ٩٦ في المائة من اليزموت المعدنى النقى . ويمكن القارىء مراجعة الآتى لفهم تفاصيل هذا البحث

Sazerac et Levaditi : Comp. Rend. de la Soc. de Biologie, p. 817, 29 Avril 1922.

مرتين اسبوعياً حتى تصل الى ١٢ - أو ١٥ - أو ١٨ حقنة . والمقدار في كل علاج يجب أن يتراوح بين ٥٠ و ٢ جراماً الى ٠٠ ر ٣ جراماً من اليزموت المعدني

والمرضى يهتمون هذا العلاج جيداً ، ويندر أن تحدث حوادث خطيرة . والألم الموضعي قليل ولو أنه أشد في هذا العلاج منه في العلاجات الأخرى اليزموتية التي سيأتي ذكرها بعدئذ ، والتسمم الذي يحدث التهاباً في غشاء الفم المخاطي (ستوماتيتيس) يكثر حدوثه بمثل هذا العلاج أكثر من حدوثه في كثير من العلاجات الأخرى الآتي ذكرها . ولم استخدم تركيباً ييزموتياً معدنياً بكمية تسمح لي بإبداء الرأي في مثل هذه التراكيب الا هذا النوع ، نعم أن بعض الحالات التي عالجتها بغير هذا من التراكيب ظهرت عليها نتائج علاجية قد تعطي فكرة عن تفضيل هذا عن ذاك من هذه العلاجات ، ولكنني فضلت هذا النوع في الحالات التي وجدت انه يليق لها ، واستخدمته في كثير منها لدرجة تجعلني أقول أنه - في نوعه - مجهز حسن .

(ب) التراكيب اليزموتية الغير الزائفة المعلقة

كثرت هذه التراكيب لدرجة ازعجت الأسواق ، وسنكتفي هنا بذكر أهم التراكيب المصنوعة في أشهر المصانع وأكثرها خبرة ودقة طبقاً لأطلاعنا وخبرتنا :-

« ميزورول » : ^(١) مركب يحوي كل سنتي متراً مكعباً منه مقدار ١١ سنتيجراماً من اليزموت ، وتحقق عضلية لا يتسبب في ألم موضعي يذكر ، وإذا حصل ذلك فيمكن ملاقاته باستخدام مكدرات ساخنة مائية أو اتيفلوجويستنية موضعية

« أوليوبي » ، أوليويزموت : ^(٢) مركب يشبه المركب السابق ، ويحوي كل سنتيمتراً مكعباً منه مقدار ٥ سنتيجراماً من اليزموت . ويجوز استخدامه طبياً بضعف كمية المركب السابق ذكره . ولا يختلف عن المركب السابق في الآلام الموضعية ، فكلاهما محتمل أحسن احتمال . وفي حالة وجود حساسة لأيهما عند بعض المرضى

(١) Mesurol

(٢) Oleo-Bi أو Oleo-Bismuth

فيكون علاجها متشابهًا . ولقد وجدت « الميزورول » أكثر فتكا بالزهرى من المركب الثانى ، وقد يعود ذلك الى أن المقدار الواحد من المركب الاول يحوى كمية من البيزموت المعدنى تقرب من ضعف المقدار المعدنى الذى يحويه نفس المقدار من المركب الثانى ، ولكننى منعًا للخطأ استخدمت ٢ سنتى متراً مكعباً من الثانى و ١ سنتى متراً مكعباً من المركب الاول فى علاج حالات بنفسها فوجدت نتائج الاول أحسن من الثانى . وقد استخدمت هذين التركيبين للمقارنة فى ٥٤ حالة متشابهة وقد يكون عدد الحالات قليلا لا يميز حكم تفضيل الواحد عن الآخر من الوجهة العلمية المحضة ، ولكن مالاقيته فى علاج هذه الحالات جعلنى ميالا للاول عن الثانى ولو أننى أفضلهما معاً عن كثير من التراكيب الاخرى المعروضة فى الاسواق .

« ميتانول » ^(١) مجهز فى أنابيب تحوى كل منها ١٢ سنتى جراماً من البيزموت المعدنى وبها $\frac{1}{10}$ من الميكرو جرام من مادة « برومير الميزورول يوم » ويدعون ان وجود المادة الأخيرة مع البيزموت يساعد على امتصاص الدواء داخل الأغشية العصبية والنخاعية ، ولكن الاختبار والبحث أثبتا ان الميتانول لا يخترق هذه الأغشية بأى مقدار أكبر من باقى التراكيب البيزموتية ^(٢)

« كيرا لويس » ^(٣) مجهز فى أنابيب مدرجة تحوى كل منها ٨ سنتى جرام ثم ١٦ ثم ٢٤ ثم ٣٢ سنتى جراماً من البيزموت المعدنى ، وكثيرون من الفرنسيين انفسهم يفضلون استعمال هذه المادة .

وتوجد تراكيب بيزموتية غير ذائبة كثيرة نذكر منها « بيكلورول » « يودو بيزموتات الكينا » « يودو بيزموت ايرسيه » « يكوينيل » ^(٤) وغيرها وغيرها . .

(١) Muthanol

(٢) Jeanseline, Delalande et Teris: Le bismuth passe-t-il le liquide cephalorachidien., Presse Med., 19 Mars 1924.

(٣) Curalues

(٤) أسماء التراكيب الاربعة المذكورة « Bisclorol »

“Biquinyl” “Iodo-bismuth Ercé”, “Iodo-bismuthate de quinine”

ويجب في استخدام جميع هذه التراكيب أن لا تتعدى مجموعة الحقن الواحدة أكثر من ٣ الى $\frac{1}{4}$ ٣ جرام من البيزموت المعدني ، وتوقف لمدة تتراوح بين شهر وشهرين حسب ما يرى الطبيب من احتمال المريض ، ثم تبدأ مجموعة أخرى .

(٣) البيزموت الكوللويدال

البيزموت الكوللويدال مثل غيره من المعادن التي تجهز بهذه الطريقة هو عبارة عن ذرات ناعمة جداً من البيزموت المعدني معلقة في شكل سائل تعليقاً ثابتاً ، أي ان هذه الذرات الناعمة لا ترسب في أسفل السائل . ومن هذا يرى القارئ ان البيزموت الكوللويدال يتوسط الطريق بين املاح البيزموت السائلة واملاح البيزموت غير الذائبة . وليس هنا مكان شرح طريقة تجهيز المعادن الكوللويدية ونكتفي بأن نذكر بعض المركبات التي اختبرتها ويوجد في الأسواق كثير غيرها : -

« ييزموتويدول » ^(١) مجهز في أنابيب حجمها $\frac{1}{4}$ ٣ سنتيمتراً مكعباً تحوى مقدار ١ سنتيجراماً من البيزموت المعدني . ويمكن عمل حقن بالوريد بمقدار ٢٠ سنتيمتراً مكعباً موزعة على ٣ دفعات كل أسبوع بحيث لا يتعدى مقدار البيزموت المعدني ٨ الى ١٠ سنتيجراماً . « يونويد البيزموت » ^(٢) وأفضله على التركيب السابق ويمكن دفعه حتى يصل مقداره ١٠ الى ١٢ سنتيجراماً كل أسبوع . والبيزموت الكوللويدال لا يقل في سرعة افرازه في البول عن البيزموت السائل اذ يظهر في البول بعد ربع ساعة من حقنه ، ويختفي تماماً من البول في ظرف ٣ الى ٤ أيام من حقنه ، ومن هذا يفهم ان تأثيره على المرض سريع وهو يفضل الاملاح السائلة في ان مضاعفاته الثانوية أقل فتسكا بالمريض عن الاملاح السائلة واشد نوعاً من الاملاح البيزموتية الغير الذائبة .

(١) Bismuthoidol

(٢) Ionole de Bismuth

الحالات المانعة لاستخدام البيرموتني : لا تختلف اختلافاً يذكر عن الحالات المانعة لاستخدام جميع السموم المعدنية الثقيلة التي تشبه الرثيق - اللهم الا في حالة عدم استعداد مريض خاص لمادة خاصة (ايدوسينكراسي) .

علاج حالات التسمم : أهم شيء ايقاف علاج البيرموت ، ثم تعالج الحالة كحالة تسمم معدنية عادية . مع ملاحظة الاهتمام بعلاج التهاب الغشاء المخاطي للفم . وفي حالات التهاب الكلى يجب وضع المريض تحت علاج التسمم البيرموتني مع العناية التامة بالثة وبغيرها من الأغشية المخاطية للجهاز الهضمي والتنفسي

اليود

استخدم معدن اليود من قديم الزمان في شكل أملاح لعلاج الزهري ، وكانت نظريتهم هي ان املاح اليود تقاتل مسببات المرض - التي نعب عنها الآن بميكروبات المرض - ونفهم الآن أن أملاح اليود لا تقتل ميكروبات المرض ، ولكنها أملاح تساعد على تحسين حالات النمو الباثولوجية الزهرية في الجسم .^(١)

ولذلك لا نستخدم اليود أو أملاح اليود في دور القرحة أو دور تعميم المرض لأنها لا فائدة فيها . ولكننا نستخدمها عند ما يكون مرض الزهري تسبب في تغيرات وأنواع من النمو الباثولوجي الزهري المتأخر في الجسم ، وهذا هو ما دفع « فورنييه » العظيم للتوصية باستخدام أملاح اليود في السنتين الأخيرتين من برنامج علاجه الزهري لمدة أربع سنوات . وسنذكر طرق استخدام هذا المعدن وأملاحه بالاجمال في نهاية باب العلاج الزهري ، ونكتفي الآن بذكر بعض الاملاح والتراكيب اليودية وأهم هذه الأملاح هو

« يودور البوتاس »^(٢) يمكن تجهيز هذا الملح المعروف في تراكيب متعددة وسنذكر هنا بعض هذه التراكيب : -

Modificateur des néoplasies syphilitiques. (١)

Iodure de potasse. (٢)

جرام	
١٥٠٠	يودور البوتاس
١٥٠٠	يكاربونات البوتاس
١٠٠٠	صبغة الجوز المقيء
٥٠٠	براندى (او كونيكا باسمه لأن البراندى يشمل تراكيب تشبهه)
١٠٠٠	شراب السكر
٥٠٠	ماء نقي
يؤخذ مقدار فنجال قهوة على نصف كباية ماء مرتين يومياً بعد الأكل (١)	
والان نذكر تركيب « جوجيرو » وهو تركيب مشهور لا بأس به : -	

جرام	
٧٠٠	يودور البوتاس
٠٠٣٥	البوتاسا الكاوية
٠٠٣٥	تحت سولفيت الصودا
٢٥٠	لكول ٩٠٪ - (أو شراب الروم الممتق ١٢٠ جرام)
١٠٠٠	ماء نقي ليكمل

يؤخذ مقدار ملعقة شورية مرتين يومياً
ويوجد تركيب آخر لا بأس من ذكره هنا :

(١) هذا التراكيب من عند المؤلف ، ولقد وضع يكاربونات البوتاس لأنها مع اليودور تنسب في منع الصداع الذى يصيب الرأس من كمية اليودور الكبيرة، ووضع صبغة الجوز المتبىء كمنبه لوقاية المعدة وتقويتها وحمايتها من تأثير اليودور، ووضع البراندى أو الكونيكا لتأنيبه الشهية وتسهيل امتصاص اليودور الذى سيصير يودورا كحوليا . وشراب السكر لتسهيل تعاطى مادة مسكرة نوحا. ولو حظ ان يودور البوتاس لما يؤخذ مخففاً في الماء يكون سهل التعاطى خفيف التأثير على الاسنان والثة والمعدة ولذا نصحننا بشرب المقدار اللازم في نصف كوة من الماء البى ، وحتى لا يؤثر على الغشاء المخاطى للمعدة نصحننا بأحذه بعد الاكل . ويمكننى ان اؤكد ان هذا التركيب أعطانى نتائج احتمال اليودور البوتاسى لدرجة مدهشة استدعت كل عدل لشرح السابق .

محلول « جرام » وهو تركيب بسيط يأتي بفوائد يودور اليوتاس مع عدم ملاحظة
 باقى الاعتبارات التى ذكرناها فى « تركيب المؤلف » . وله امتياز عصى واحد، وهو
 أنه يمكن اعطاؤه للفقراء حتى فى أفقر عيادة خارجية . وهو عبارة عن الآتى : -

اليود المعدنى	١٠٠ ر جرام
يودور اليوتاس	٢٠٠ ر جرام
ماء	٢٠٠ ر ٢٠٠ سنتيمتراً مكعباً

يؤخذ منه ما بين ٢ الى ٦ ملاعق يومياً بعد الأكل وكثيراً ما كان هذا
 التركيب سبباً فى ظهور أعراض « التسمم اليودى » .^(١) ونرى أنه لا يجوز استخدامه
 الآن لأى مبرر غير فقر من يستخدمونه فى العيادات والمستشفيات المجانية . وتوجد
 تراكيب تفوق الحصر تحوى اليود وأملاحه فى الاسواق المختلفة ، وأساسها جميعاً هو
 اليود المعدنى المجهز تجهيزاً خاصاً ، أو يودور اليوتاس المجهز تجهيزاً خاصاً ، ونكتفى هنا
 بأن نذكر بعض تراكيب اليود بعد ان ذكرنا أساس تراكيب اليودور : -

« يودون » و « يودولاس » و « پيبتونيود » و « يودول » و « يوديسين »^(٢)
 وأكثرية هذه المجهزات تتركب من معدن اليود المركب بطرق كيميائية مختلفة فى
 صناعتها لدرجة تعطيها صفة سهولة التعاطى كشراب أو كحقن . وتوجد بمجهزات أخرى
 هى عبارة عن « تعليق اليود فى الزيت » بطرق متعددة . وهذا الزيت إما أن يكون
 زيت الزيتون أو زيت السمسم أو زيت الفول السودانى أو البارافين . وتوجد
 بمجهزات « اليود الكولاويدال » وقد ذكرنا بعضها سابقاً ونذكر هنا خصيصاً نوعاً
 واحداً وهو « يونويد دى يود »^(٣) ويمكن استخدامه كحقن بالوريد بمقدار من ٥
 الى ١٠ سنتيمتراً مكعباً ، أو كحقن عضلية بمقدار من $\frac{1}{4}$ الى $\frac{1}{3}$ سنتيمتراً مكعباً ،
 أو كشراب بمقدار ملعقة شورية الى ملعقتين يومياً .

(١) Iodisme.

(٢) تجد هنا أسماء هذه التراكيب على الترتيب بالأسماء الافرنجية : -

"Iodicin" و "Jodol" و "Peptoniodol" و "Iodolase" و "Iodone" والثلاثة

الاول تراكيب فرنسية ، والرابع المانى ، والخامس انجليزى .

(٣) Ionoide d'Iode

ونكتفى بما تقدم من الأمثلة لأن شرح غيرها لا يجيزه حجم المؤلف .

الحالات المانعة لاستخدام اليود وأملأه

بما أن اليود وأملأه تساعد على اتساع الأوعية الدموية فيجب أن لا تستخدم هذه العقاقير في حالات السل الرئوى خصوصاً حيث قد يتعرض المرضى الى نزيف رئوى دموى . ولا يجوز استخدامها في حالات الالتهابات الكاوية الحادة أو في حالات الالتهابات المتعددة التي قد يتعرض فيها المريض الى نزيف دموى مثلاً من الأنف أو الحلق أو المعدة . ويستحسن عدم استخدام اليود أو أملأه في جميع حالات انخفاض الضغط الدموى الا بكل احتياط ومع مراقبة الضغط الدموى باستمرار وخصوصاً في كل حالات الشهاب الاورط مع التدرج البسيط البطيء في جميع هذه الحالات .

علاج حالات التسمم : إيقاف العقاقير المسببة ، ومعالجة الحالة تفصيلاً طبقاً لتعاليم علاج التسمم وخصوصاً اليودى منها .
ونكتفى بما ذكر عن « اليود » ونذكر شيئاً عن : -

الكبريت

لقد ثبت أن الكبريت ليس مادة مقاتلة لميكروب الزهري ، أى أنها ليست « أنتى - سيفيلينيك » كالزئبق والزرنيخ والبيزموث . ولكن الكبريت استخدم من قديم الزمان في علاج الزهري . ولا بد وأن تكون هناك فائدة من استخدامه في هذا العلاج ، خصوصاً وأن الأطباء الأقدمين استخدموه والأطباء السابقون لعصرنا استخدموه ، ونفس المعاصرين يستخدمونه ، فلا بد من وجود حكمة لاستمرار الجميع على استخدامه في علاج الزهري . فما هى هذه الحكمة ؟ لفهم ذلك يجب أن يذكر القارىء أن استخدام الكبريت في علاج الزهري بدأ مع استخدام الزئبق

لنفس العلاج ، وقد لوحظ ان الزئبق والكبريت يتسببان في تحسين حالة المرضى المزهورين ، ولذا عم استخدامهما والآت فهمنا قيمة الزئبق في علاج الزهري ، فيجب أن نفهم قيمة زميله وهو الكبريت .

للكبريت ميزات في علاج الزهري تنحصر في الآتي : -

(١) اذا خلط الكبريت بالزئبق فان هذا المخلوط يكون ذا تأثير فعال أقوى ضد الزهري من الزئبق النقي ، وذلك لا يعود الى تأثير الكبريت ، بل الى ان هذا المزيج الكبريتي الزئبقى يكون سهل الامتصاص في الدم عنه في حالة التركيب الزئبقى النقي . وأما اذا كان المزيج الزئبقى الكبريتى صعب الامتصاص بالدم - بطبيعته الكيماوية أو الكيماوية البيولوجية - فيكون أى تركيب زئبقى نقي أفضل منه في مقاتلة ميكروبات الزهري .

(٢) لوحظ ان استخدام المياه المعدنية الكبريتية وقت العلاج الزهري الزئبقى يساعد ليس فقط على امتصاص الزئبق بنسبة أكبر بل وايضاً على افرازه في البول بسرعة أكثر ،^(١) وقد بينا سابقاً أن ظهور العقاقير في بول المرضى المزهورين بسرعة يدل على قوة وسرعة فتك هذه العقاقير بالمرض

(٣) لوحظ ايضاً ان للكبريت تأثيراً حسناً على امتصاص وافراز اليزموت في العلاج الزهري ، والمدرسة الفرنسية - باعتبارها أول بحاثه ومعضدة للعلاج اليزموتى - مملوءة كتبها ومجلاتها بهذه الاختبارات .^(٢) ولاحظت أن تعاطى بعض أقراص الكبريت المسكرة أو العادية وقت المعالجة باليزموت تساعد كثيراً على اعدام أنواع الطفح الجلدى الزهري وعلى احتمال كميات كبيرة من اليزموت لا يحتملها المرضى اذا لم يتعاطوا هذه الاقراص .

(١) ولقد شهد بصحة ذلك « الاستاذ جوشيه Prof. Gaucher » حيث ذكر ان استخدام « مياه أو رياج الكبريتية » ساعد على افراز الزئبق في بول مريض بالزهري مع ان نفس هذا المريض لم يمكن اكتشاف الزئبق في بوله قبل استخدام الكبريت . ومما يؤسف له أن « مياه أو رياج » تتمتع بشهرة عالمية و « مياه حلوان » لا تجد من عناية رؤوس الاموال ولا من عناية الحكومة ما يجعلها مورداً هائلاً لثروة البلاد كاعظم وأقوى محطة كبريتية في العالم .

(٢) ونكتفي بذكر مباحث « ستينفيلد » و « ماير » و « فورني » و « لاكابير »

النحاس

أول من استخدم النحاس في علاج الزهري هما « فرانتشسكى » و « فاردى »^(١) ولكن كثيرين غيرهما استخدموا نفس « أقلام سلفات النحاس » في معالجة التقرحات الزهرية السطحية ، ولكنهم كانوا يستخدمون هذا العلاج بفكرة ان هذا الملح مطهر وكاو . حتى قام الدكتور « برنارد » في باجيكا واستخدم ملحاً زرنخيّاً نحاسياً^(٢) في علاج الزهري وحصل على نتائج مشجعة ، لأنه توصل باستخدام هذا الملح من جعل (ع . ف .) سلبية في حالات استخدم فيها علاجات كثيرة ولم يوصله لهذه النتيجة ، ولكن لسوء الحظ تعذر انتشار هذا العلاج لما يصحبه في بعض الحالات من ظهور عدم احتمال المرضى لكثير من أنواع التسمم التي تظهر عليهم .

الزنك

استخدمت بعض املاح الزنك مثل « فاليريانات الزنك » و « ساليسيلات الزنك » و « يودور الزنك » كحقن داخل الوريد ، و « أوكسيد الزنك » كحقن داخل العضلات كعلاج للزهري . وادعى « جريكو » معضدها أمام مؤتمر طبي عقد في « شتراسبورج » أنه حصل على نتائج قيمة والمؤلف يعجز عن ابداء رأيه في هذا الموضوع لأنه لم يختبر هذا العلاج للآن ، وبقدر اطلاعه لا يمكنه أن يذكر للقارىء ثقة يعول عليه حبذ هذا العلاج للآن .

“Franceschini.” “Vardi”

(١)

Cupric Arsenobenzine.

(٢)

الذهب

لما لاحظته من نجاح كثير باستخدام الذهب في حالات الامراض الجلدية المختلفة وحالات « البرص » أيضاً فكرت في استخدام بعض أملاح الذهب في علاج الزهري . ولاحظت ان « الزولجانال » ^(١) هو أفضل هذه الاملاح وأكثرها احتمالاً . ولذا أقدم للقارىء نتيجة اختبارى لهذا الملح في حالات الزهري لان المقام لا يسمح هنا بذكر النتائج الحسنة التى حصلت عليها فى الامراض الجلدية الاخرى .

فى دور الشانكر

استخدمت « الزولجانال » منفرداً فى علاج الشانكر واستخدمته بصحبة الزرنيخ أو اليزموت . ونذكر هنا تأثيره منفرداً أو بصحبة غيره من العلاجات الاخرى (١) زولجانال منفرد - لا تأثير له يذكر على أنواع الشانكر المتأكل (صحيفة ٤٤) ولا الشانكر المتقرح (صحيفة ٤٦) ، ولكنه يساعد كثيراً على تحسين حالات الشانكر الكبير (صحيفة ٥٠) و شانكر تاج الحشفة (صحيفة ٥٢) ، ولا تأثير له يذكر على شانكر مجرى البول (صحيفة ٥٢) ، وأهم ملاحظته هو التأثير البديع لهذا العلاج على « فاجيدينيك شانكر » (صحيفة ٥١) حتى بدون صحبة علاج آخر ، نعم ان استخدام الزرنيخ مع هذا الملح فى علاج هذا النوع من الشانكر يساعد على شفاء الحالة بسرعة مذهشة ، ولكن استخدام هذا الملح وحده يعطى نتائج مسرة أيضاً . (ب) زولجانال مع الزرنيخ أو اليزموت - تتحسن جميع حالات الشانكر بمثل هذا العلاج بسرعة اكبر من استخدام الزرنيخ أو اليزموت على حدة ، وخصوصاً فى حالات « فاجيدينيك شانكر » فان التحسن يكون مذهشاً وسريعاً .

(١) ملح « Solganal » مجهز فى أنابيب تشبه أنابيب املاح « ٦٠٦ » المختلفة . ومدرجة هكذا ١ . و . جرام ٥٠ ، و . ١٠٠ ، و . ٢٥٠ ، و . ٥٠٠ ، و . ١٠٠٠ جرام . وهو يحقن داخل الوريد بواسطة اذابة الملح فى محلول ملح الطعام الفيسيولوجى المقيم المجهز حديثاً

في دور تعميم العدوى

لم ألاحظ لأملاح الذهب وحدها تأثيراً على نتائج (ع. ف.)، ولكن لما يصحبها علاج الزرنيخ أو اليزموت أو حتى الزئبق فإن (ع. ف.) تصبح سلبية بسرعة وثبات أكثر.

وتساعد أملاح الذهب - وخصوصاً النوع السابق الذكر - على اختفاء كثير من أنواع الطفح الجلدي الزهري في دور تعميم العدوى حتى ولو استخدمت بمفردها بعد استخدام الزرنيخ أو اليزموت وبقاء أنواع الطفح عنيدة لا تختفي . وهذا يبين بوضوح ان أملاح الذهب اذا استخدمت مع العلاجات « الأنتي سيفيليتيك » تسهل اختفاء أنواع الطفح الجلدي المختلفة .

في دور فحول المرمم

لم ألاحظ لأملاح الذهب تأثيراً يذكر لا في نتائج (ع. ف.) ولا في نتائج فحص السائل المحي السخاى ، وقد يعود هذا لضيق الزمن الذي بدأت فيه اختباراتي هذه ، وقد يظهر المستقبل نتائج مغايرة .

في دور رجوع ظهور الاعراض

لا تأثير لأملاح الذهب يذكر في هذا الدور ، اللهم الا مساعدتها على تحسين أنواع الطفح الخارجى . ولاحظت في حالة « تايس » تحسناً سريعاً بعد استخدام « الزولجال » بكميات كبيرة مع أملاح زرنيخية متعددة ، وبطبيعة العلاج لا يمكن الحكم بدقة على أى هذه العلاجات هو صاحب الفضل في التحسن السريع ، ولكن يظهر ان استخدام أملاح الذهب مع غيرها من العلاجات يفيد - ولو لدرجة محدودة - في بعض حالات زهري الجهاز العصبي .

الخدمة العملية

- (١) ان أملاح الذهب تساعد العلاجات الزهرية الاخرى خصوصاً في حالات الطفح الخارجى العنيدة .
- (٢) يجب الاستمرار في مراقبة تأثير أملاح الذهب - وتحسينها - لمعرفة مقدار فئتها بالزهرى فى أدواره المختلفة .

فى ماله القسم بالعلاجات السابقة

فى حالة القسم بالعلاجات السابقة من كبريت ونحاس وزنك وذهب تلاحظ جميع القواعد الطبية المتبعة فى علاج القسم بالمعادن المذكورة ، ونستلفت القارىء الى نقطة واحدة مهمة وهى أنه يجب البدء فى مثل هذه العلاجات بكميات طية صغيرة للتحقق من استعداد المرضى لاحتمال مثل هذه العقاقير .

والان وقد انتهينا من ذكر لمحة عن أنواع العلاجات المتعددة التى تستخدم فى مقاتلة الزهرى فنبداً بذكر ملخص لطرق علاج مرض الزهرى فى أدواره المختلفة : -

ملخص علاج الزهرى فى ادواره المختلفة

(١) العلاج فى دور الحضنة

قد يندهش القارىء من هذا العنوان لأن المريض بالزهرى لن يعرض نفسه على طبيبه فى دور الحضنة ، لأن دور الحضنة هو الدور الحالى من ظهور أى اعراض تستأفت نظر المصاب الى انه أصيب . ولكن يحدث أن يجامع رجل امرأة - أو امرأة رجلاً - ويظن أحدهما بعد الجماع أن الطرف الآخر مصاب بالزهرى ، فيلجأ للاخصائى طالباً معوته واخراجه من هذه الورطة .

ويحدث أحياناً أن يصاب الأطباء انفسهم بعدوى الزهرى - لا نتيجة إهمالهم،

ولكن نتيجة حادثة - فهم في هذه الحالة في حاجة لعلاج سريع ولو انهم في دور الحضانة ، وهو بطبيعة الحال أحسن دور يمكن ابتداء العلاج فيه . والعلاج في هذا الدور يسمى « علاج الوقاية » .^(١) ويمكن ابتداء علاج الوقاية من لحظة التعرض للعدوى الى قبل ظهور القرحة الزهرية .

علاج الوقاية بعد التعرض للعدوى مباشرة : تنظيف الجسم مكان التعرض للعدوى بالماء الساخن والصابون . ثم استخدام أحد المرهمين المذكورين بعدئذ للتدايك جيداً لمدة دقيقتين أو ثلاث دقائق

(١) مرهم كالوميل ٣٠ في المائة^(٢)

(٢) تيمول ٥٠ . جرام

مرهم كالوميل ٣٠ في المائة ٣٠٠ . جرام

مرهم راسب ابيض كمال ٦٠٠ . جرام

يجهز للدهان^(٣)

ولنلاحظ أن استخدام هذه المراهم مباشرة بعد التعرض يقي الكثيرين من المرض . ولنجاح الوقاية يجب استخدام الدهان في مدة لا تزيد عن أربع ساعات بعد التعرض للعدوى .

(١) Prophylactic Treatment.

(٢) Metchnikoff et Roux.

(٣) تركيب المؤلف ، وقد لاحظت أن وجود التيمول يساعد الجلد على امتصاص المواد الفعالة في المرهم جيداً ، ولذا فصلت استخدام هذا المرهم عن المرهم المذكور أولاً .

وقد استخدم « ساذيراك » و « ليفاديقي » مرهما مركباً من مقادير متساوية من « طرطرو بزموتات الصودا والبوتاسا » و « لانواين » و « فزلين » في الوقاية من الزهري ونجحنا في تجاربهما على الأرانب ، راجع : —

علاج الوقاية بعد التعرض للعدوى بعدة ساعات او بعد اسبوع او

اسبوعين او ٣ اسابيع

« ستوفارسول » استخدمت حبوب هذا الملح في علاج الوقاية بعد يوم أو يومين من التعرض للعدوى . وأقصى مدة ينجح فيها هذا العلاج نجاحاً تاماً هي اسبوع بعد العدوى . وكل حبة بها ٢٥٠ جرام من الملح ويعطى الشخص من ٣ الى ٤ حبوب عند القيام من النوم وقبل الفطور بساعة ، ويستمر على ذلك لمدة ٤ أيام ، ثم ينقطع عن العلاج لمدة ٤ أيام ، ثم يبدأ نفس العلاج لمدة ٤ أيام أخرى . وفي حالة بدء العلاج بعد التعرض للعدوى باكثر من اسبوع يجب الاستمرار على العلاج بالطريقة السابقة لمدة خمسة الى ٦ اسابيع ، والافضل إعطاء المريض من ٦ الى ٨ حبات كل يوم بدلا من المقدار الضعيف السابق الذكر . وتجب ملاحظة المريض طول مدة العلاج ويستحسن فحص الدم بعد ايقاف العلاج بمدة شهر .

والستوفارسول يحتمل جيداً في كثير من الحالات ، ولكن ينتج عنه أحياناً ارتفاع في درجة الحرارة وقىء ، وقد يصحب هذه الأعراض طفح جلدى لطخى أو لطخى حبيبي . وعند حدوث أى عارض من هذه يجب ايقاف العلاج ، واذا كانت الاعراض شديدة - وهذا نادر - فيعالج المريض كحالة تسمم زرنيخى .

وتوجد مادة أخرى تشبه الستوفارسول ومجهزة في حبوب مثله وبنفس المقادير وهى « تريبارسول »^(١) وتستخدم بنفس البرنامج السابق الذكر والآن لا يمكن الحكم على أيهما أفضل ، ولكن في حالة عدم احتمال الأول قد يظهر أن المريض يحتمل الثانى ، والعكس بالعكس . اما اذا لم يحتمل كليهما فتأجأ للعلاج الآتى :

العلاج بالدرسينوبنزين والتراكيب الزرنيخية التى تسببها : مما لا شك فيه أن هذا النوع من العلاج انجح واضمن من العلاج السابق ، خصوصاً اذا كان

(١) Trèparsol وهو مركب من مركبات الحمض الزرنيخى ايضا .

مضى أكثر من اسبوع على التعرض للعدوى . وفي الأسبوع الأول للعدوى يجب أن لا يقل مقدار العلاج عن ٢٠٠ جرام من « ٩١٤ » أو ما يعادل هذه الكمية من مقادير العلاجات الزرنيخية الأخرى .

وإذا بدأ العلاج في الأسبوع الثانى للعدوى فيكون المقدار ٣٠٠ جرام من « ٩١٤ » أو ما يعادلها .

وإذا بدأ العلاج في الأسبوع الثالث للعدوى أو ما بعد ذلك فيجب أن لا يقل المقدار عن ٥٠٠ جرام

وعلى الطبيب أن ينتقى المواد التى يفضلها حسب خبرته فى دور العلاج الواقع ، والمواد التى فضلها فى هذا الدور هى « ٩١٤ » و « سيلفوترىپارسينات » و « زيلبرسالقارسان »

العلاج البيزموتى : ذكرنا سابقاً أهم أنواع العلاجات البيزموتية ، وفى العلاج الواقع فى الأسبوع الأول للعدوى يجب أن لا يقل المقدار عن ٣٠٠ جرام من البيزموت المعدنى أو ما يعادلها من أنواع البيزموتات الأخرى ، وفى الأسبوع الثانى للعدوى من ٥٠٠ الى ٤٠٠ جرامات ، وفى الأسبوع الثالث للعدوى أو ما بعد ذلك من ٤٠٠ الى ٥٠٠ جرامات أو ما يعادلها . وأفضل البيزموت المعدنى أو الكوللويدال فى هذا الدور ، الا فى حالات عدم الاحتمال فيستحسن استخدام ال «ميزورول» أو غيره من زملائه .^(١)

أما العلاج الزئبقى : فلا يبق فى هذا الدور الا بعد التعرض للعدوى مباشرة كما ذكرنا أولاً ، وأما بعد ذلك فليس له أى تأثير الا تأخير ظهور القرحة الزهرية ، أى اطالة دور الحضانة فقط .

(١) كل المقادير السابقة اذكر فى باب العلاج الواقع تطبق على الرجل العادى (من ٦٠ ٧٠ كيلو جراماً فى الوزن) وتغير بالزيادة او النقص حسب وزن المريض وحسب احتمال المريض ايضاً .

(٢) - العلاج في دور القرحة الزهرية

متى نصل الى تشخيص القرحة الزهرية الأولية تشخيصاً صحيحاً اكلينيكياً وميكروسكوبياً (في درجة الميكروسكوب العليا أو فوق العليا اذا احتاج التشخيص أيضاً) فإنه يجب علينا أن نبدأ علاج القرحة كقرحة زهرية تستحق كل العناية بمثل هذا المرض. وقبل أن نبدأ وصف العلاج نعود فنكرر للقارىء أهمية تشخيص القرحة الزهرية في هذا الدور؛ اذ يجب أن توجه عناية خاصة لهذا التشخيص، ولا يجوز ابتداء العلاج ضد الزهري الا بعد ان يتو اليه الطبيب ان القرحة التي امامه لمعالجتها هي قرحة زهرية.

وهذه القاعدة تستدعى أن نبدأ بالكلام عن علاج قرحة مسكوك في تشخيصها: وكل ما أنصح به في هذه الحالة هو أن تترك القرحة لبعض الوقت تحت ملاحظة الطبيب بحيث أن لا تستخدم أى المطهرات الزهرية في تطهيرها، بل تغطى فقط بنوع من « الشاش، او القماش المعقم » حتى يتم التشخيص.

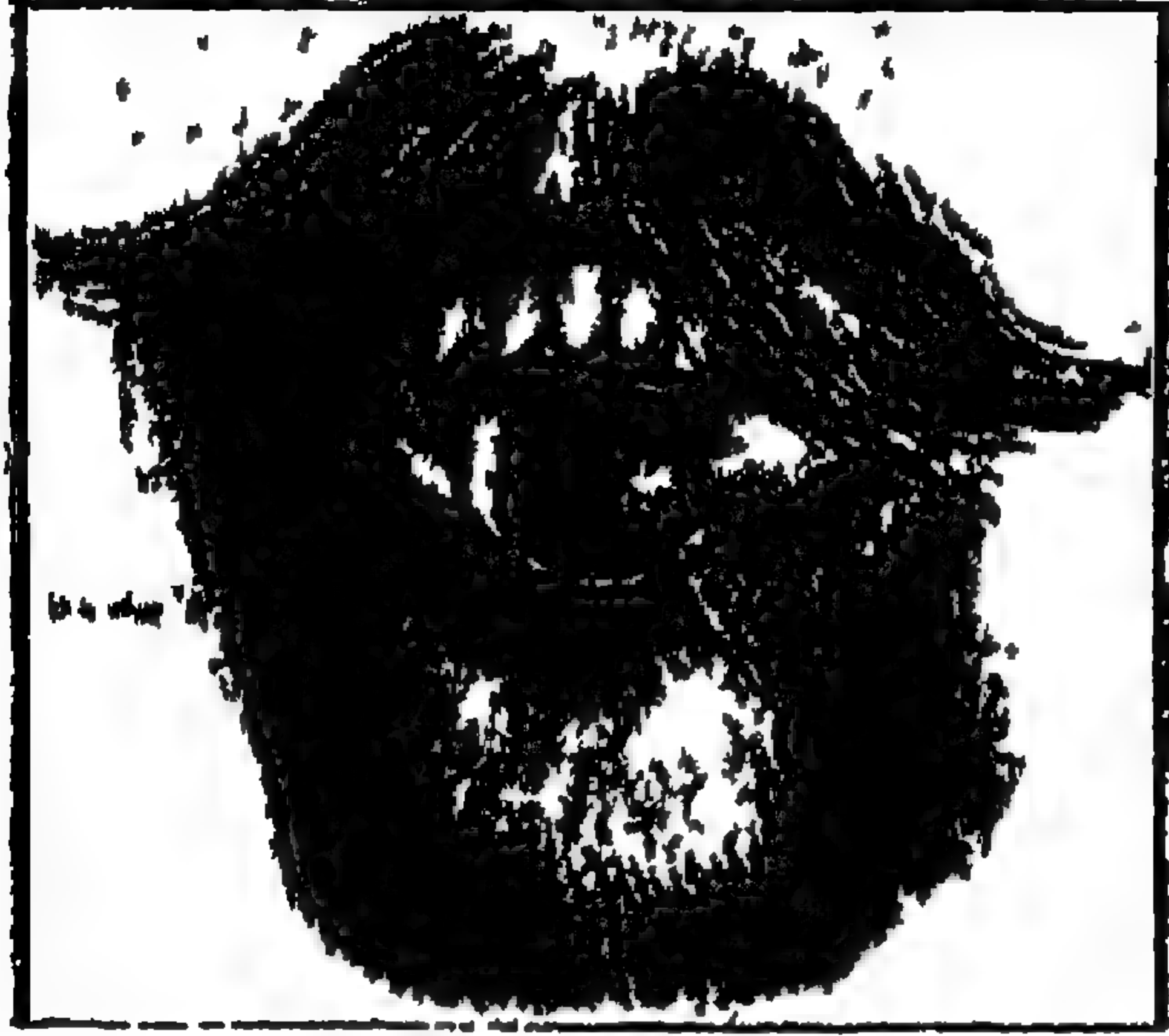
ويجب اتباع هذه القاعدة بكل تحفظ وعناية فنية، اذ لا معنى لترك قرحة - قد تكون زهرية - تحت الملاحظة، مع عدم القيام بشروط الملاحظة الفنية الدقيقة السريعة، لأن الاهمال القليل هنا قد يضيع على المريض فرصة الانتفاع بالنتائج المتأخرة المفيدة من بدء العلاج السريع في أوائل دور القرحة الزهرية.

علاج القرحة الزهرية: لما يثق الطبيب من تشخيص هذه القرحة يجب أن يبدأ فوراً علاجها كزهرية. وتنقسم القرح الزهرية الى أقسام متعددة ذكرناها سابقاً، ولكنتا نقسمها هنا الى قسمين عظيمين من الوجهة العلاجية:-

(١) القرح الزهرية الأولية النقية.

(٢) القرح الزهرية الأولية المصحوبة بعدوى ثانوية أخرى.

علاج القرحة الزهرية الأولية النقية^(١) : كنا نلجأ سابقاً لتطهير هذه القرحة موضعياً بكافة المطهرات العادية والمضادة لمرض الزهري كالمراهم الزئبقية وغيرها ، ولكن مدرسة الزهري الحديثة أثبتت أن كل هذا المجهود لا محل لاستخدامه بعد اكتشاف المستحاثات الزرنيخية القوية وأهمها ترا كيب « الارسينوبنزين » وكل ما يطلب من



(رسم نمرة ٤٣)

قرحة زهرية أولية على النقرة السفلى احتفت بعد استعمال أول ٣ حفن زيلبر سالفارسان وقد عالجت حالات مثلها بحقن زرنيخية أخرى وتم لها الشفاء .

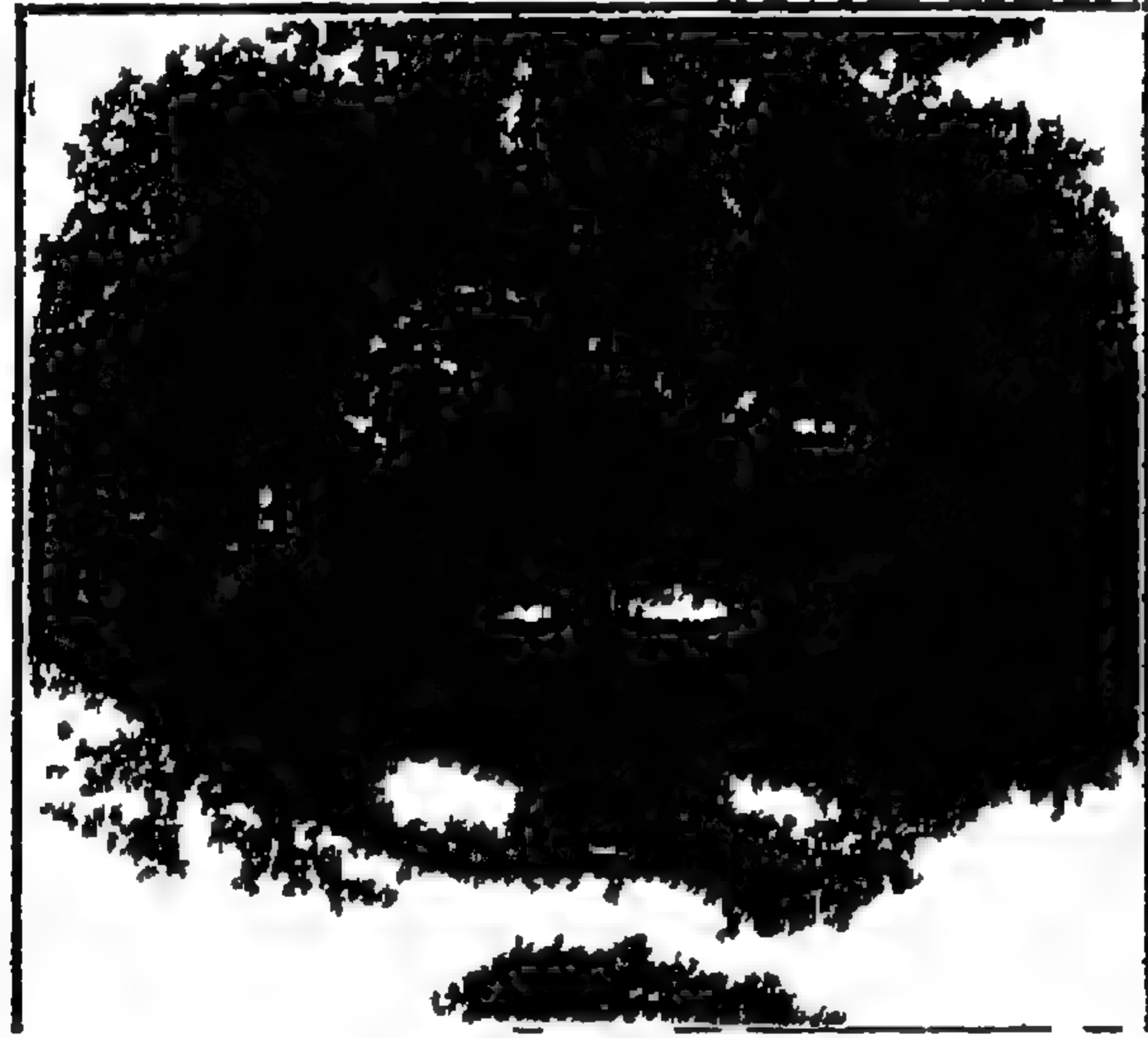
الطبيب كعلاج موضعي للقرحة هو حفظها من التعرض لعدوى ثانوية بواسطة تغطيتها بشاش معقم أو بأية مادة حافظة معقمة أخرى .

ثم يبدأ علاج الحالة الزهرية كما هي بغض النظر عن وجود القرحة ، لأن القرحة ستختفي بنفسها بهذا العلاج ؛ وهذا العلاج دقيق جداً يترك لكفاءة

(١) نصح كثيرون سابقاً بتر القرحة الزهرية الأولية ولكن هذه المصيبة أصبحت مهمة تماماً لما عرف عن جميع المباحث الميكروسكوبية والباثولوجية الحديثة . وقد قام معهم احيراً بالمطالبة بحرق الميكروبات الزهرية في القرحة الزهرية الأولية بواسطة تيارات « الدياثيرمي — Diathermy » ولكن هذه الطريقة — مع ما فيها من تكبير بديع قد ينتج نتائج في المستقبل — لم تقبل للآن قديراً ، وأتمنى ان تقبل في المستقبل لما اعتقده فيها من علاج في اوسع جداً من نظرية بر او حرق القرحة موضعياً في الايام السابقة .

الطبيب واختباره لمتعدد العقاقير وعلاقتها بمقدار احتمال اعضاء المريض الحيوية لفتكها ، وتترك أيضاً لحكم الطبيب - بعد فحصه لمريضه - على استعداد هذا المريض للانتفاع من هذا النوع أو ذاك النوع من العلاجات التى سبق وذكرناها ضد مرض الزهري . ونلخص - لضيق المقام فى مثل هذا المؤلف القصير - أكثرية القواعد التى تتبع فى مثل هذا العلاج :-

- (١) العلاج الزرنيخى أفضل من غيره فى معالجة هذه الحالات .
- (ب) العلاجات الزرنيخية القوية أفضل من الضعيفة (١) .
- (ح) العلاجات اليزموتية تفضل غيرها فى حالة عدم احتمال الزرنيخ .



(رسم نمرة ٤٤)

قرحة زهرية أولية على الشفة العليا مصحوبة بورم بالشفة وتضخم فى (الغدد تحت الفكية) ظاهر وتشفى مثل هذه القرحة بسهولة باستعمال علاج زيلبر سالفارسان ، واسعومات فى مثل هذه الحالات حقناً زرنيخية عضلية وتم النماء ولكن ببطء

- (٥) فى حالة تعذر الوصول لنجاح كثير بطريقة (١) قد تـ بن الحالة باستخدام مزيج من (١) و (ح) .

(١) ولذلك يجب استخدام الحقن الوريدية فى هذه الحالات وهذا افضل جدا من استخدام الحقن العضلية من اى نوع من انواع التراكيب المصادة للزهري ، لسرعة الاثر فتكا بميكروبات الزهري .

(هـ) في حالة عدم نجاح (١) و (ح) قد يصل الطبيب للنجاح باستخدام (١) مع الاستعانة بالعلاجات الزئبقية .

(و) في حالة تعذر شفاء القرحة بسرعة - كما لو كانت من النوع المذكور في « صحيفة ٥١ » - فيمكن استخدام بعض أملاح الذهب كما ذكرنا في « صحيفة ٢٢٣ »

(ز) في حالة تعذر شفاء القرحة بكل العلاجات المتقدمة بسرعة فيفرض في المريض وجود حالة ضعف عام في جسمه ، أو وجود حالة « نشاط شديد » (١) في قوة الميكروبات الزهرية التي أصابته ، وفي مثل هذه الحالة يجب استخدام جميع طرق تقوية الجسم المعروفة الحديثة ، ومن أهمها تعريض « الشانكر » لتأثير الأشعة المنعشة المقوية المختلفة ، وتترك هذا لخبرة الطبيب المعالج .

(ك) توجد حالات قرح زهرية أولية لا تفيد في اختفائها أكثرية البنود السابقة ، ففي هذه الحالات يترك للطبيب ملاحظة تأثير هذه القرح بكل مما ذكرنا من العقاقير حتى ينتخب ما يجوز استخدامه لشفاء مثل هذه القرح . ولاحظت في عدة حالات من هذا النوع ان استخدام الأشعة فوق البنفسجية أو استخدام الحقن « الدموية من المريض نفسه للمريض نفسه » وخصوصاً بعد حقنه « بالارسينو يديزين » يأتي نتائج بديعة في شفاء مثل هذه القرح .

وقصارى القول انا عندنا الآن أسلحة وآلات قوية لمئات القرحة فمن المنجمل أن نرى من آن لاخر بعياداتنا قرحاً زهرية أولية لم يتم لها الشفاء ومصحوبة بطفح جلدى زهرى ثانوى لا يقل عمره عن شهر أو شهر و بعض شهر

(٢) علاج القرحة الزهرية الأولية المصحوبة بعدوى ثانوية اخرى :

لا يختلف علاج هذه القرح عن علاج القرحة الزهرية الأولية النقية الا في نقطة واحدة ، وهذه هي تعقيم القرحة الزهرية من عدواها الثانوية الأخرى . وطرق تعقيم هذه القرحة تتوقف على نوع القرحة نفسها . ففي حالة العدوى الثانوية البسيطة ببعض الميكروبات التي تصاب بها القرحة في الحياة العادية يجب استخدام مادة مطهرة « كماء الاوكسيجين »

أو كمحلول « بيرمانجنات البوتاسا » أو غيرها لتطهير القرحة سطحياً ، وأما في حالة عدوى القرحة الزهرية الأولية بميكروبات الفرمة السرخوة فيكون العلاج كما سيأتى فى باب « القرحة الرخوة » .

وأما فى حالة إصابة القرحة الزهرية باصابات ميكروبية او ميكانيكية أو باتولوجية أخرى غير التى ذكرناها فانها تعالج موضعياً طبقاً للتعاليم الطبية والجراحية المعروفة مع ملاحظة كل التفاصيل التى تملئها التعاليم الزهرية الحديثة .



(رسم نمرة ٤٥)

(١) افدى عنده صمغيات زهرية سطحية كبيرة الحجم نوعاً عولج بالزيلبر سالفارسان فاخفت الصمغيات بعد رابع حقنة

(ب) سيدة مصرية شابة عندها طفح زهرى جلدى متعدد الاشكال عولجت بالزيلبر سالفارسان فاخفى الطفح كله بعد ثانى حقنة وذهبت انارته تماماً عند انتهاء العلاج . وعالجت اكثر من ١٥ حالة تشبه هذه الحالة بالتراكيب المذكورة فى صفحة ٢٠٨ وحصلت على نفس النتائج تقريباً

علاج الفرمة الزهرية عند النساء : لا تختلف القرحة الزهرية الأولية عند النساء عنها عند الرجال ، ولكتنا نستلفت النظر الى القرحة الزهرية التى تظهر داخل المهبل أو على عنق الرحم استلفاناً خاصاً ، لأن هذا النوع يحتاج لعناية موضعية خاصة

لتعرض هذا النوع من القرح لخطرین مهمین : (الأول) تعرض هذه القرح للعدوى الثانوية و (الثانى) هو وجود هذه القرح فى مكان يتعرض لافرازات مختلفة تسبب فى تهيج هذه القرح ، ولذلك بمجرد تشخيص القرحة الزهرية التى من هذا النوع يجب أن نبدأ — جنباً لجنب بجوار العلاج الزهرى العام — فى العلاج الموضعى للقرحة. والمؤلف يتبع طرقاً مختلفة فى هذا العلاج والطريقتان الآتيتن هما أهم وأحدث الطرق :-

(١) دهان او مس القرحة بمرهم او سائل الارسينوينزول^(١) :-

يغسل المهبل جيداً بمحلول يكر بونات الصودا ، ويجفف ، وتدهن القرحة بمرهم زرينخى (من المجموعة المذكورة) بمقدار ٢٥ فى المائة « ٩١٤ » فى فازاين نقى مجهز حديثاً جداً (اى قبل وضع المرهم يبضع دقائق كتجهيز الحقن) . أو تمس القرحة بسائل « ٩١٤ » فى الماء النقى بمعدل ٥٠ فى المائة ، والدهان أو المس يعملان يومياً ، وفى حالة الاحتمال يمكن عمل كل منهما مرتين يومياً

(٢) دهان او مس القرحة بمرهم او سائل « الزولجانال »^(١) :- وجدنا أن أملاح الذهب تساعد كثيراً — كما ذكرنا سابقاً — على شفاء الطفح أو التقرحات الزهرية ، ولذا استخدمت هذا الملح فى العلاج الموضعى للقرح النسائية فى شكل مرهم الزولجانال (١٠ فى المائة) او سائل الزولجانال (٢٠ فى المائة) وهما يستعملان كمرهم أو سائل الارسينوينزول السابق الذكر ، ويأتیان بنتائج مفيدة ومشجعة ، فقط مع ملاحظة صحبتهما للعلاج الزهرى العام . وميزتهما انهما يساعدان على الشفاء السريع للقرح الزهرية الأولية فى هذه المنطقة من جسم المرأة .

ولاحظت أن هذين النوعين من العلاج الموضعى ينجحان ايضاً فى الشفاء السريع للقرح الزهرية التى فى المناطق المعرضة « للعرق » عند الرجال ايضاً . والآن تنتقل الى :-

(٣) العلاج فى دور تعميم العدوى

يتوقف تنظيم العلاج فى هذا الدور على حالة المريض من حيث بدئه العلاج

(١) هذه هى تجارب المؤلف ، وهو يعاها لأول مرة فى كتابه هذا ، وقد حصل منها على نتائج بديمة فى علاج القرح الزهرية فى هذه المنطقة .

في دور القرحة أو بدنه العلاج بعد ظهور الطفح الجلدي أو اللطخ المخاطية الزهرية ،
فاذا كانت القرحة اعتى بها فيكون العلاج في هذه الحالة علاجاً تكميلياً لعلاج القرحة
الزهرية ، ويتم على الوجه الآتي :-
مجموعة العلاج الأولى في متوسط الحالات :-

علاج زرنيجي : بتراكيب « ٦٠٦ » وأخواتها : من ٣ جرام الى ٢٥ و ٢٠ جرام
أو ٢٥٠ جرام موزعة حسب تدرج المجموعة في انابيبها ^(١) مع افساح المدة بين كل
حقنة وأخرى بمعدل ٣ و ٤ و ٥ و ٦ و ٦ ايام طبقاً لاحتمال المريض ايضاً .

ثم تتم المجموعة بعلاج بيزموتي يكمل من ٢٠٠ الى ٢٥٠ الى ٣٠٠ جرام من
البيزموت المعدني موزعة بمقدار ٢٠ و ٣٠ و ٣٠ جرام بيزموت معدني كل أسبوع أو
نصف هذا المقدار مرتين أسبوعياً . ثم يوقف العلاج لمدة ٣ الى ٦ أسابيع حسب الحالة ،
وتبدأ المجموعة بقسمها مرة أخرى . ثم يعاد العلاج طبقاً لحالة المريض ايكلينيكياً
وسيرولوجياً .

وتوجد « نظرية العلاج المركب » وهي عبارة عن اعطاء العلاجين الزرنيجي
والبيزموتي مع بعضها على التوالي أي زرنيج وبيزموت وزرنيج وبيزموت وهكذا ،
والطبيب ينتخب لكل مريض ما يوافقه .

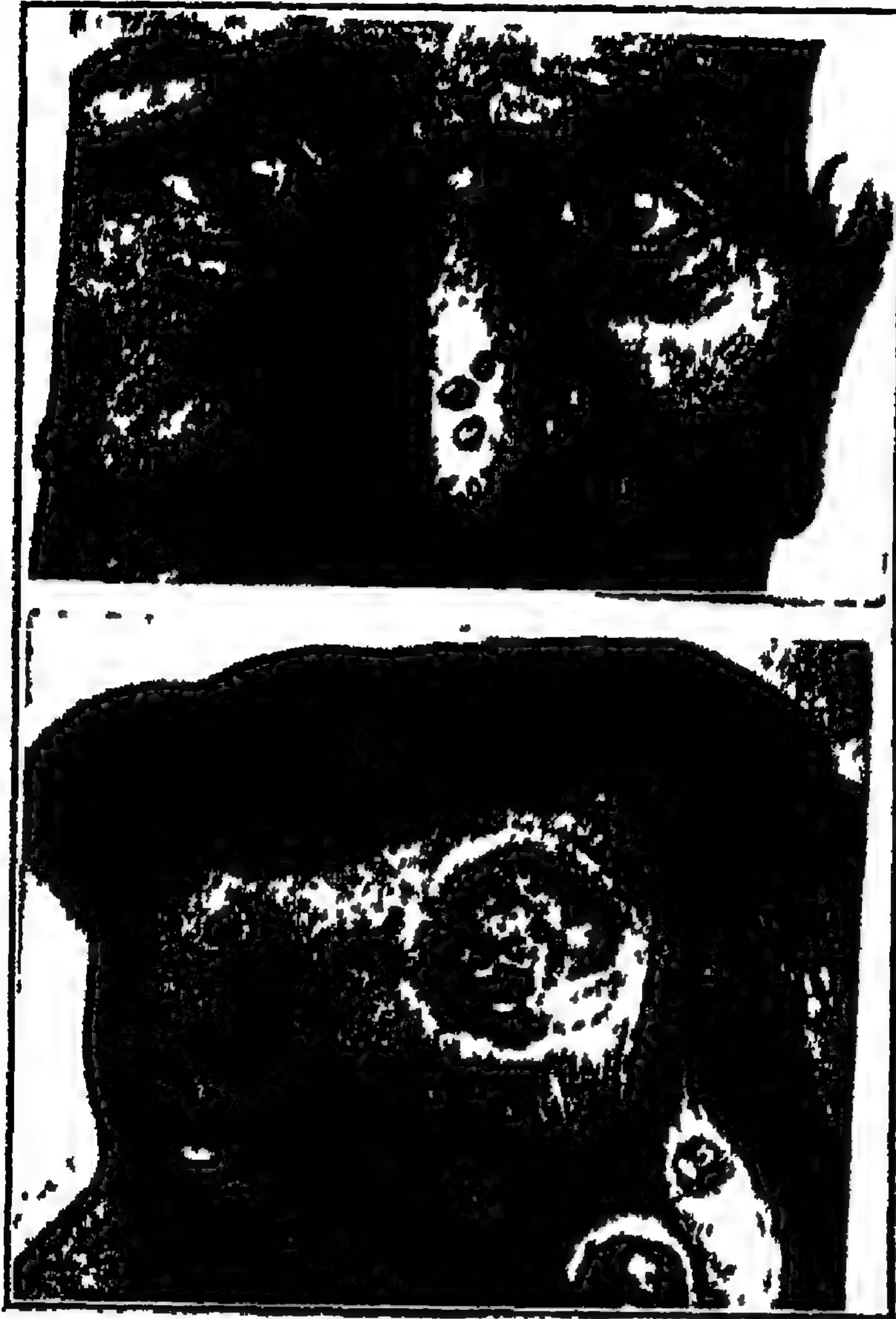
أما اذا استخدمت تراكيب « ٩١٤ » وأخواتها فان العلاج يكون كالطريقة
السابقة مع زيادة مقدار « ٩١٤ » الى ٣٠٠ جرام أو ٣٥٠ الى ٤٠٠ جرام
موزعة أيضاً

وكل ما قبل عن العلاج التسمي بالبيزموت سابقاً ينطبق على « ٩١٤ »
وأخواتها أيضاً ، وهكذا عن نظرية « العلاج المركب » .

وبعضهم يتم العلاج الزرنيجي بعلاج زئبق ، وفي هذه الحالة نستخدم في تميم
المجموعة الزرنيجية الاولى من ١٠ الى ١٢ الى ١٥ حقنة من السليولات الزئبق مثلاً أو

(١) وهذا التدرج هو ١٠ و ١٥ و ٢٠ و ٣٠ و ٤٠ و ٥٠ و ٦٠ سنتي جراما من
املاح « ٦٠٦ » وزميلاتها .

يعادل ذلك من الترا كيب الزئبقية الاخرى ، مع ملاحظة أن سياور الزئبق يفضل غيره من الأملاح الزئبقية في حالات الالتهاب الكلوى الزهري .



(رسم نمرة ٤٦)

(ا) حليمات زهرية عائدة للظهور على الأنف تكون غالباً منفردة عن بعضها أى لا تلانحم . وقد لاحظت أن ملها ينهي باستعمال ترا كيب « ٩١٤ » ، وأخواتها (ب) تقرحات زهرية ظهرت على المريض في دور تعمم العدوى . وترى أن كل الطبقات التى تحت فروة الرأس تأكلت حتى عظام الرأس . ولا يحصل ذلك الا لضعاف البنية مهوكى القوى ولذلك يجب معالجة صحتهم العموميه جيداً مع ابتداء العلاج العام للزهري (ماك دوناخ) .

أما إذا بدأ المريض العلاج بعد ظهور الطفح أو اللطخ المخاطية فإنه يحتاج
لعلاج موضعي يتركب من مراهم زئبقية أو مس بعض النقط بمحلول « ٩١٤ » بمقدار
١٥ في المائة في الماء المقطر الى ٢٥ في المائة حسب نوع الطفح. ويحتاج للعلاج الزهري
العام ويكون مركباً من نفس المجموعات السابقة الذكر بعد ان تزداد كمية الزرنيخ
والليزموث أو الزرنيخ والزئبق بمقدار ٢٥ الى ٥٠ في المائة ، وهذا يبين للقارىء أهمية
ابتداء العلاج بقدر ما يمكن من السرعة بمجرد التشخيص .

علاج بيزموتى : توجد بعض الحالات التى يظهر على المرضى فيها عدم استعداد
لاحتمال التراكيب الزرنيخية فتضطر فى مثل هذه الحالات الى الالتجاء لليزموث .
ونستخدم التراكيب المذكورة فى (صفحة ٢١١ الى ٢١٧) طبقاً لكل حالة حسب
ما يراه الطبيب بحيث يكون العلاج الأولى مركباً مما يقرب من ٦٠٠ الى ٨٠٠ الى
١٠٠٠ جرام من الليزموث المعدنى ، ويتم العلاج بعلاج زئبقى يماثل المقدار الذى
ذكرناه سابقاً .

علاج زئبقى : فى الحالات التى يستحيل فيها استخدام العلاج الزرنيخى أو
الليزموثى نلجأ الى استخدام العلاج الزئبقى ، ويتركب هذا العلاج من ١٥ الى ٢٠
حقنة أسبوعية من ساليسيلات الزئبق مثلاً أو من حقن تعادل هذا المقدار من العلاجات
الزئبقية الأخرى ، وهذا القدر يكون المجموعة الأولى من العلاج ، وبعد قضاء راحة
تتراوح بين شهرين الى ثلاثة تهوّر حسب الحالة نبدأ المجموعة الثانية وهكذا وهكذا
حتى يتم المريض من ٤ الى ٦ مجموعات . وفى كل هذه الخطوات يكون تسير العلاج
خاضعاً للفحص الكليفيكى والسيرولوجى

وفى نهاية كل علاج زئبقى فى مثل هذه الحالات يجب وضع المريض تحت تأثير
اليود وأملاحه المختلفة طبقاً لاحتماله أى نوع منها ، لأن العلاج الزئبقى وحده لا يقي
الاعضاء الداخلية بالجسم من أنواع التطورات والنمو الباثولوجية المختلفة وهذه التغيرات
الباثولوجية تحتاج دائماً للعلاج اليودى لتحسن كما ذكرنا فى صفحة (٢١٧) ، وهذا
هو ما لا ينطبق على العلاجات الزرنيخية أو الليزموثية فى دور تعميم العدوى الا نادراً .

علاج الزهري في حالات مرضية دقيقة

في دور تعميم العدوى

العلاج في حالات الانتهابات الكلوية : غنى عن البيان اننا لا نقصد حالات وجود الزلال في البول نتيجة للالتهابات الكلوية المؤقتة التي تصحب دور تعميم العدوى ، ولكننا نقصد الالتهابات الكلوية الأصلية ، ففي هذه الحالات يجب ادارة العلاج الزهري بمنتهى الحيلة مع مراقبة الكلى مراقبة دقيقة . ولوحظ أن العلاج المحتمل يبدأ بحقن المريض ورديا بسيانور الرثبق بمقادير صغيرة (من $\frac{1}{4}$ الى $\frac{1}{2}$ الى $\frac{3}{4}$ الى ١ سنتيجرام)^(١) . وبعد عدد قليل من الحقن ، يتراوح بين ٨ الى ١٠ حقن ، نبدأ العلاج الزرنيخي أو اليزموتي (في الأول نبدأ بمقدار ٥ سنتيجرام الى ١٠ الى ١٥ الى ٢٠ الى ٢٥ الى ٣٠ الى ٣٥ الى ٤٠ الى ٤٥ وهكذا ، وفي الثاني نبدأ ٥ الى ٨ الى ١٠ الى ١٢ الى ١٥ الى ١٨ الى ٢٠ سنتيجرام من اليزموت المعدني ، مع ملاحظة عدم الوصول الى المقادير الكبيرة المعروفة ابدا ولائى سبب من الأسباب) . ولوحظ أن ابتداء العلاج بالسيانور وتتميه بالتراكيب الزرنيخية أو اليزموتية يكون محتملا في اكثرية الحالات ، فقط يجب ملاحظة المريض أو المريضة ملاحظة دقيقة لمعرفة حالة الكلى لمعرفة مقدار الضغط الدموي بنظام ويومياً للرابطة الشديدة بين مقدار هذا الضغط وحالة الكلى في مثل هذه الأصابات .

العلاج في حالات «الانتهاب السحائي الزهري في دور تعميم العدوى»^(٢)

بمجرد ظهور أعراض هذا الالتهاب يجب ابتداء العلاج الزهري ولكن بمنتهى الثاني

(١) وقد تحدث رغم العناية والحيلة حوادث خطيرة من نفس استخدام السيانور الرثبق في حالات الكلى هذه . ولاحظ « مونجييه » و « ريزو » حالة مريض توفي بعد خمس حقنة سيانور الرثبق الوريدية وكان مصابا بالتهاب الكلى راجع : —

Com. Rend. Comité medical des Bouches-du-Rhône Juin 1924.

والحبيطة والحذر مع مراقبة حالة المريض مراقبة دقيقة . والعلاج الزرنيخي (٩١٤ وأخواتها - ويستحسن جدا عدم استخدام تراكيب ٦٠٦ وأخواتها) يبدأ بمقدار ٥ الى ١٠ الى ١٥ الى ٢٠ الى ٢٥ الى ٣٠ الى ٣٥ الى ٤٠ سنتيجراما ولا يجوز تعدى المقدار الأخير . وتعمل الحقن كل يومين أولا ثم كل ٣ أيام ثم كل ٤ أيام .

اما العلاج اليزموتي فيبدأ بمقدار ٥ الى ٦ الى ٨ الى ١٠ الى ١٢ الى ١٥ الى ١٨ الى ٢٠ الى ٢٥ الى ٣٠ سنتيجراما من اليزموت المعدني وتعمل كل ٣ أيام . وأفضل اليزموت السائل او الكولاويدال اولا ، ثم ينتهم العلاج باليزموت المعلق أى الغير الذائب . وبعضهم يرى استخدام المقادير الصغيرة المذكورة آنفا من الاملاح الزرنيخية واليزموت ولكنه يستخدمها معاً أى على التوالى : زرنيخ ويزموت ، ثم زرنيخ ويزموت ، وهكذا

والمؤلف يعتقد انه فى نهاية علاج هذه الحالات يجب استخدام اليود - من اى نوع يفضلها الطبيب حسب حالة مريضه - لمدة من الزمن تتراوح بين شهر وشهرين حسب الحالة ، وذلك لنخلص المريض من انواع النمو الباثولوجى الزهرية التى تصاحب هذا المرض عادة .

العلاج فى حالات التهاب القزحية^(١) « بالعين » : قبل ذكر العلاج الزهرى فى مثل هذه الحالات أحب أن اذكر أن التهاب القزحية فى اكثرية الحالات يكون زهرياً فى نشأته ، واعتقد أن حضرات الزملاء أطباء العيون يوافقوننى على ذلك ، ونتيجة هذا الاعتقاد العملية هى اننى انادى دائماً بأنه يجب فى جميع حالات التهاب القزحية - التى ليس لها سبب ظاهر للرمدين غير الزهرى - وضع مرضى التهاب القزحية تحت العلاج الزهرى ، وبهذا يخدمون مرضاهم خدمة عظيمة . ولعلاج القزحية الزهرية يجب أن يتعاون الرمدى مع الطبيب التناسلى لأن استخدام « نقط الاتروپين » واجب لمنع التحام القزحية بالعدسة وقت العلاج ، واستخدام الاتروپين يحتاج لعناية وفن الرمدى . والعلاج الزهرى فى مثل هذه الحالات يتبع جميع الخطوات التى ذكرناها

سابقاً مع الاحتفاظ بالبدء بكميات ومقادير صغيرة أولاً وفي حالة التحسن السريع بدفع العلاج بقوة ، وأما إذا كان التحسن بطيئاً فيجب ملاحظة اتباع المقادير المعتدلة ، أو المقادير الأكبر من الصغيرة . ولاحظت أن سيانور الزئبق يعطى نتائج حسنة في بدء علاج مثل هذه الحالات . و « الزيابرسالقارسان » أعطانى أيضاً نتائج حسنة وسريعة في بعض الحالات التي وصلتني من الرمديين .

ولاحظت في ثلاث حالات التهاب القرنية الزهري أن مراقبة الضغط الدموي تساعد كثيراً على الشفاء ، وذلك لأن الضغط في هذه الحالات كان عالياً ، ورغم العلاج ضد الزهري فإن حالة القرنية لم تتحسن ، فلما ادخات عنصر تخفيف الضغط الدموي مع عنصر العلاج الزهري تحسنت الحالات الثلاث بسرعة مذهشة .

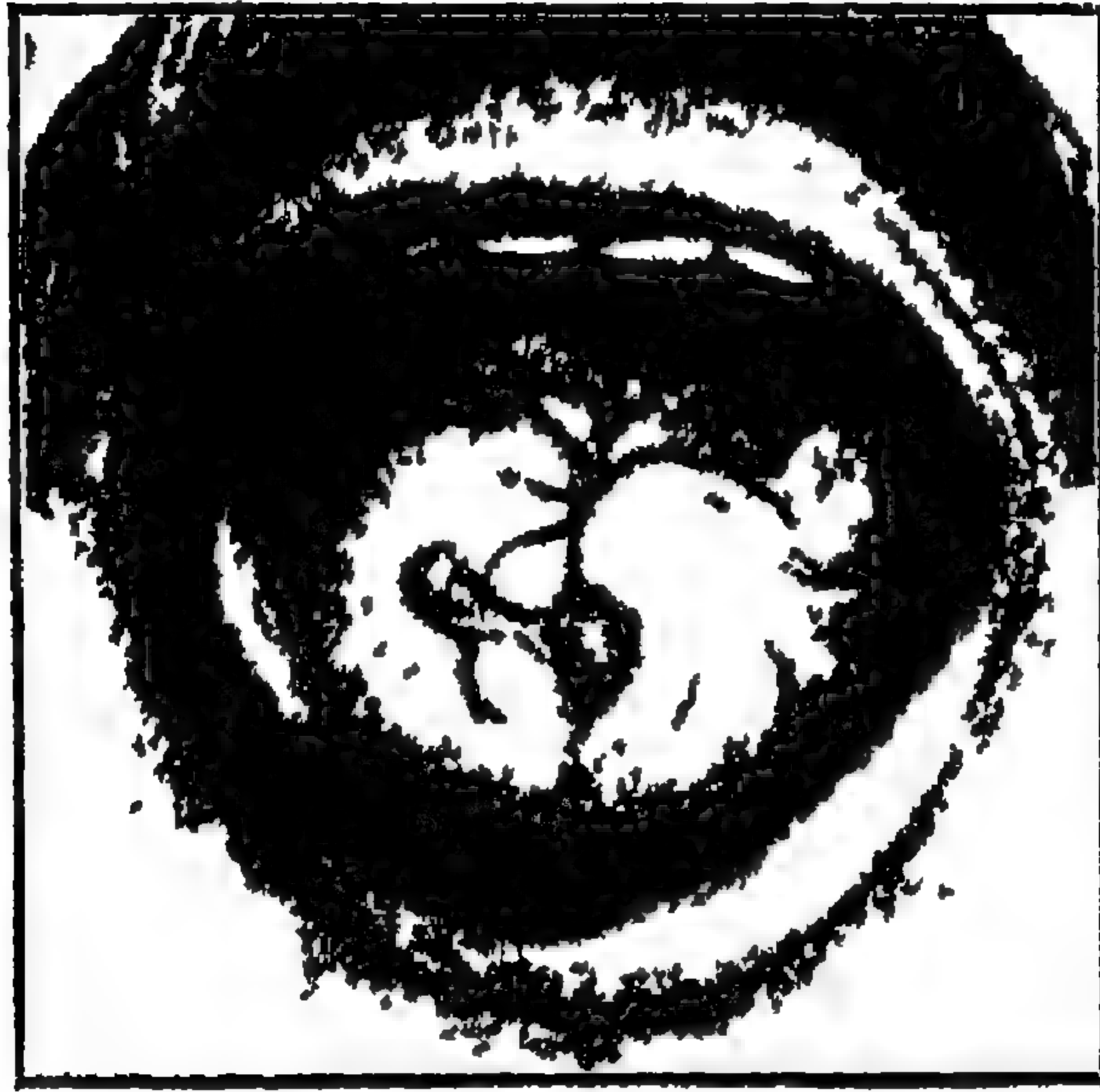
المخرج في حالات التهاب العصب البصري الزهري^(١) : في مثل هذه الحالات يتبع العلاج الزرنيخي (مع عدم استخدام تراكيبال « ٦٠٦ » وأخواتها قط لأنهما بنفسهما يمكنهما أن تتسبب في التهاب عصب البصر السليم) أو العلاج البيزموتى . ولا يجوز استخدام التراكيبال الزرنيخية الثلاثية التركيب المكافئ المذكورة في أسفل صفحة ٢٠٩ في علاج مثل هذه الحالات لأنها تتسبب في أكثرية هذه الحالات في العمى .

العلاج في التهابات العظام أو الكبد الزهرية في دور تعميم العدوى :

تلاحظ في علاج هذه الحالات القواعد السابقة الذكر ، ويوجد خلاف واحد ، وهو أننا نبدأ هنا بكميات صغيرة من المواد الزرنيخية أو البيزموتية ، ثم ندفع العلاج بعد ٢٠ الى ٢٥ الى ٣٠ يوماً بقوة فنستخدم مقادير كبيرة فجأة من البيزموت اذا سمحت الحالة ، ولكن يجب أن لا نستخدم مقادير كبيرة أو متوسطة من التراكيبال الزرنيخية في حالات التهابات الكبد منعا لحدوث « اليرقان » كما ذكرنا في (صفحة ٢٠٢) ، ولو انه يمكن استخدام مقادير كبيرة من التراكيبال الزرنيخية في علاج التهابات العظام الزهرية ، والفحص الاكلينيكي والسيرولوجي يقرر مدى استمرار العلاج أو إيقافه .

(٤) العلاج في باقي ادوار الزهري

تتبع النظريات السابقة الذكر ايضاً في علاج دورى «خمول المرض» و «رجوع ظهور الاعراض»^(١) مع ملاحظة زيادة كمية التراكيب العلاجية من ١٠٠ الى ١٥٠ أو ٢٠٠ في المائة حسب الحالة مع ملاحظة اخضاع هذه الكميات الى الفحص



(رسم نمرة ٤٧)

لسان متضخم في نصفه الامامى وبه صمغيات زهرية منقرحة ولوحظ أن مثل هذه الحالات لا تشفى بسهولة باستعمال الحقن الزرنيخية والزئبقية فقط بل ينصحون باستعمال حقن اينترامين او حقن املاح الذهب ولاحظت أن الأخيرة أفضل (ماك دوناخ)

الايكلينيكى والسيرولوجي وفي اكثرية الحالات في هذين الدورين لوحظ ان

(١) يلاحظ هنا ان استخدام التراكيب العضلية يأتي بفائدة اعظم من استخدام التراكيب الوريدية ، وذلك لأن الأولى اثبتت فلا واثبتت فتكا من الناحية ، بعكس حالات معالجة القرحة الزهرية الأولى او معالجة الزهري في دور تعميم العدوى ، وذلك يعود لبطء امتصاص الادوية في علاج العضلات وسرعة امتصاص وافراز الادوية في العلاج الوريدي .

استخدام « اليود » واملاحه المختلفة ، في كل حالة طبقاً لاحتمالها ، يعطى أحسن النتائج ، ولأهمية العلاج في بعض الحالات في هذين الدورين نرى انه يجب ان نذكر شيئاً ^كلياً عن بعض الحالات الخاصة : —

العلاج في حالات زهرى القلب في هذين الدورين

علاج حالات زهرى القلب يحتاج لعناية كبرى في مراقبة المريض ، لأن أمراض القلب في هذين الدورين تكون متعددة متشعبة النواحي ، فمن مرض في الشرايين المغذية لعضلات القلب ، الى مرض في « الاورط » وهو الشريان العظيم المغذى للجسم كله ، الى التهابات للأغشية الخارجية والداخلية للقلب ، فمراقبة الدورة الدموية للجسم كله مع جميع ملحقاتها وأهمها حالة الكلى والافرازات الكلوية واجبة وجوباً محتملاً . فمع ملاحظة كل التفاصيل السابقة يجب في علاج زهرى القلب وافرعه أن نبدأ بكميات صغيرة من التراكيب المضادة للزهرى . وفي حالات التهاب « الاورط » ، وخصوصاً حالات « اتساع الأورط - او انتفاخ الأورط » ^(١) يجب أن تكون هذه الكميات صغيرة جداً ، فنبدأ بمقدار ٥ الى ٨ الى ١٠ الى ١٢ الى ١٥ الى ١٨ الى ٢٠ سنتيجراماً ^(٢) من التراكيب الزرنيخية (٦٠٦ او ٩١٤ واخواتهما — وأنصح بعدم استخدام تراكيب ٦٠٦ واخوانها) أو مقدار ٥ الى ٨ الى ١٠ الى ١٥ الى ٢٠ سنتيجراماً من اليزموت المعدنى . ويمكن مزج العلاجين مع ملاحظة الكلى والضغط الدموى دائماً . ولاحظت ان سيانور الزئبق في شكل وريدى وعضلى على

(١) Aortic Aneurysm.

(٢) ويرى « جراسمان » استخدام مقدار ١٥ سنتيجرام ثم ٣٠ بعد اسبوع ثم ٤٥ بعد اسبوع مع اراحة المريض في السرير عتب كل حقة وهذا في الحالات المصحوبة بضيق التنفس و لضعف الصدرى الغير المحتمل للتخلص من هذين المرضين ، ولكننى باختبارى ارى ان هذه المقادير لارتفاعها تمرض المريض لخطر كبير ، ولو انها في بعض الحالات تأتى بنتائج مسرة راجع :

Karl Grassmann: Zur Erkennung und Behandlung Syphilitischer Erkrankung der Kreislauforgane. Münch M. Woch. No. 6. 1923.

التبادل يعطى نتائج مسرة في مثل هذه الحالات . وعلى العموم يرى المؤلف — كما يرى غيره من اكثرية البعثة — ان استخدام اليود وأملاحه المختلفة مع العلاج الخفيف المضاد للزهري يأتى بأعظم النتائج ، ومن أحسن أملاح اليود الجيدة التى استخدمتها وأنت بنتائج مشجعة في حالات زهري القلب والشرابين وخصوصاً « الأورط » هو « ايندويودين »^(١)

وتوجد نظرية — وهى نظرية المحافظين من وسط المدرسة الزهرية الحديثة — تقول باستخدام الزئبق الكوللويدال أو الزئبق الغير الذائب في مثل هذه الحالات منعاً للمفاجئات الخطيرة التى قد تحدث نتيجة للعلاجات الحديثة ، وهذه النظرية مع ضعفها ، الا انها لا تزال محتفظة ببعض الكرامة وسط الدوائر العلمية ، وسيثبت المستقبل القريب صحتها أو خطأها ، وعلى العموم هى نظرية « المحافظين » على القديم والقديم ثمين في المتاحف ، ولا قيمة حقيقية له في المباحث العلمية الا للرجوع اليه في المباحث التاريخية . والمؤلف يحل ويحترم المحافظين العلميين ، ولكنه ينادى بالتجديد ، خصوصاً اذا كانت رغبة التجديد رغبة علمية ، والعلم جديد .

العلاج في حالات السلل العام^(٢)

عدد من هذه الحالات تحسن من العلاج الزرنيخى أو البيزموتى أو من العلاجين معاً ، ولكن أحسن النتائج ظهرت عقب علاج المرضى بحقنهم ببيكروبوات مرض

(١) Endojodin

(٢) وقد استخدم تركيب ال « تريپارساميد » بمقدار ٣ جرام أسبوعياً (راجع صحيفة ٢١٠) ويدعى البعثة الامريكان نتائج حسنة لهذا العلاج . والمؤلف يعرف بعض الحالات التى عولجت في مستشفى المجاديب بالعباسية بهذا العلاج وتحسنت نوعاً ، ولكن المدرسة الزهرية الحديثة لا ترى الآن ان هذا العلاج في مثل هذه الحالات المرضية يعطى نتائج أحسن اواقم من التراكيب الزرنيخية أو البيزموتية :

راجع المال الآتى : —

Claude et Targowla: Traitement de la Syphilis nerveuse par la trypar-samide, Bull. Soc. de Biologie. 19 Juillet 1924.

الملاريا . نعم ان اتباع هذا العلاج تعقبه أحياناً نتائج خطيرة ، ولكن المريض بالشلل العام ، بعد اليأس من نجاح علاجه ، يجوز بل يجب عليه أن يحتمل نتائج مثل هذا العلاج . وبما أن النتيجة التي نصل اليها من مثل هذا العلاج تتوقف على رفع درجة حرارة المريض الى ٣٩ و ٤٠ سنتيجراد و ٤١ أحياناً فقد فكر بعضهم في استخدام مصل الـ « تيويركيولين » أو حقن « الاتى - تيفويد » أو « الأنتى - بارا تيفويد بنوعيهما » ، أو نفس حقن « اللبن » في شكل « حقن اللوان » ^(١) ، أو أية مادة ترفع درجة حرارة الجسم الى ٣٩ الى ٤٠ أو ٤١ . وبناء على نظرية هؤلاء البحاثة جميعاً قد عالج المؤلف حالتى شال عام أخيراً بواسطة علاج « الدياتيرمي » وقد بدأ التحسن ظاهراً واضحاً بعد الجلسة العاشرة ، نعم انه استخدم في نفس الوقت أحد التراكيب الزرنيخية وكانت إحدى الحالتين في بدء تطورها ، ولكنه يعتقد ان كل النجاح يعود الى استخدام « الدياتيرمي » وستظهر المباحث العلمية في المستقبل قيمة تأثير كل نوع من هذه العلاجات ، ولكننى أصر على تجربة العلاج المزدوج بالتراكيب الزرنيخية والدياتيرمي لما لاحظته من نتائج بديعة وسريعة في حالة كان اليأس مخيلاً فيها على الأطباء المعالجين .

العلاج في حالات التاييس

العلاج في هذه الحالات يتركب من الاملاح الزرنيخية أو اليوزموتية أو الاثنين معاً بكميات صغيرة أولاً وترتفع الى ٦٠ و ٧٠ من « ٩١٤ » ^(٢) واخواتها الى ١٥ أو ٢٠

(١) Aloan

(٢) ولاحظت انه اذا كانت مثل هذه الحالات الزهرية مصحوبة بمرض السل فلا يجوز قطع استخدام « الارسينويينزول » من أى نوع كان . واما اذا أصطحبت بالتهاب العصب البصرى فيمكن استخدام « ٩١٤ » وكذلك اذا صحبت بالتهابات كلوية فيمكن استخدام « ٩١٤ » واخواتها ولكن يجب تجنب املاح الزئبقية القوية — ما عدا ماخ سياور الزئبق الذى قد يفيد في بعض الحالات . ويرى « كورثمان » هذا الرأى أيضاً راجع : —

سنتيجراما من البيزموت المعدني . ولوحظ أن الكميات المرتفعة نوعاً من هذه العلاجات الوريدية الزرنيخية قد تسبب في آلام لا يمكن منعها الا بأعطاء المريض حقنة من «الأدرينالين» بمقدار نصف الى واحد ميلليجرام . وتوجد مسكنات لهذه الآلام متعددة تترك لخبرة الطبيب ، وأهمها الـ «فيرونال» والـ «فيناسيتين» والـ «براميدون» . ولوحظ ان الحقن العضلية من العلاجات الزرنيخية لا تأتي بنفس الفائدة التي تأتي من الحقن الوريدية في مثل هذه الحالات . ولا فائدة تذكر من الزئبق في مثل هذه الحالات .

وقبل اختتام العلاج في دورى الخمول ورجوع ظهور الاعراض نرى من الواجب ذكر ان استخدام التراكيب الزرنيخية أو البيزموتية يساعد كثيراً على شفاء أنواع الطفح المختلفة وخصوصاً الصمغيات الزهرية السطحية . وحتى نفس الصمغيات الزهرية العميقة لوحظ انها تتحسن بتأثير العلاج الذهبي المزدوج بالعلاج الزرنيخي .



(رسم نمرة ٤٨)

- (١) صمغية زهرية عميقة في أول العلاج وشفيت بسرعة بعد استعمال علاج هيدرازيروم اتوكسيليكوم وكانت قاومت انواع العلاج الاخرى
- (٢) صمغية زهرية في دور الشفاء وترى حلقات بيضاء عند حافتها ويفيدها الذهب والزرنيخ .

علاج الزهري الوراثي

قبل اكتشاف التراكيبيب الزرنيخية والييزموتية الحديثة كان علاج الزهري الوراثي عند الاطفال المزهورين يتركب في اكثرية الحالات من مراهم زئبقية أو شراب زئبقى أو بعض الحقن الزئبقية ، أما الآن وقد أصبح بأيدينا أسلحة قوية فقد تيسر لنا معالجة هؤلاء الأطفال بالطرق الحديثة . والمدرسة الزهرية الانجليزية لا تزال تتبع العلاج الزرنيخى الزئبقى . وتستخدم كميات من « ٩١٤ » وأخواتها عالية ، فالطفل الذى عمره شهر يبدأ علاجه بمقدار ٠.٠٥ . جرام ويزاد الى ٠.١٠ الى ٠.١٥ الى ٠.٢٠ الى ٠.٢٥ الى ٠.٣٠ . جرام . ويرى « فيندلى »^(١) انه يمكن الابتداء بمقدار ٠.١٠ الى ٠.١٥ . جرام للاطفال الذين عمرهم شهر أو شهرين . ويستمر العلاج حتى تصبح (ع . ف .) سلبية ويكمل بالزئبق ويفضل نوع الحقن فى العضلات اسبوعياً بمقدار ٠.١٢ . الى ٠.٢ . ساليسيلات الزئبق^(٢) . ويمكن استخدام المراهم الزئبقية كما ذكرنا فى علاج « التدليك » فى صفحة ١٩٤ . وهكذا يمكن تكميل علاج الزئبق بواسطة الشراب (محلول السليمانى ١٠ فقط الى ٢٠ الى ٣٠ نقطة يومياً على اللبن) ، أو بواسطة (كالوميل ٠.٠١ . جرام الى ٠.١ . جرام ٣ مرات يومياً) . ولكن الشراب والمسحوق قد ينتج عنها اضطرابات معدية معوية كالقيء والاسهال ولذلك يستحسن تحاشي هذه الطريقة الا عند اللزوم

والمدارس الزهرية الاخرى تفضل استخدام علاج « الزرنيخ والييزموت » ونلخص برنامجاً للعلاج هنا يعطى القارىء فكرة عن متوابع المقادير التى تتبعها أحياناً :

نبدأ علاج الطفل بمعدل ٠.٠٣ . جرام من « ٩١٤ » أو أخواتها لكل كيلو جرام من وزن الطفل ، وتدرج الى ٠.٠٦ . الى ٠.٠٩ . الى ٠.١٢ . الى ٠.١٥ . لكل

(١) Findlay.

(٢) وتتغير هذه المقادير طبقاً لصحة وعمر ووزن الطفل .

كيلو جرام حتى نصل الى ١٠٠ و . جرام لكل كيلو جرام من وزن الطفل ثم نعطى الطفل من ١٠ الى ١٥ حقنة عضلية يزموتية مرتين اسبوعياً بمعدل ٠.٠١ و . جرام لكل كيلو جرام من وزنه ، وبذلك تنتهى المجموعة الاولى من العلاج . ثم نوقف العلاج لمدة شهر مثلاً ونبدأ المجموعة الثانية فالثالثة وهكذا حتى ينقى الدم سيولوجياً ولو استدعت الحالة لعلاج لمدة سنة . وقد نزيد هذا العلاج لمدة أو لمدد اخرى حسب الموقف الايكلىنيكى أو السىرولوجى للحالة .

والعلاج الزرنىخى يعطى بالوريد أو فى العضلات ، فى حالة الوريد ينتقى وريد من أوردة الرأس - وبعضهم يعطى الحقنة فى أوردة الرقبة ، وأما حقن العضلات فتعطى للأطفال كما هى الحال عند الرجال مع ملاحظة اذابة المسحوق فى بضع نقط فقط من الماء المقطر ، وذلك منعاً للارتساعات المحتملة الحصول فى أجسام الأطفال

علاج الوالدين فى حالات الزهرى الوراثى : يجب أن يعالج الأب والأم علاجاً وافياً بمجرد ظهور نسل مزهور . ويجب أن يستمر العلاج حتى تصبح الحالة ايكلىنيكياً وسىرولوجياً مطمئنة .

وأقل ما يجب عمله هو معالجة الأم جيداً فى مدة حملها الاول بعد ظهور طفل مزهور علاجاً يطمئن مستقبل الجنين الثانى الذى فى بطنها .

علاج الزهرى الخبيث

تطهير القرحة الأولية الخبيثة بمطهرات قوية واستخدام الاشعة ومعالجة الحالة كحالة زهرية مع مضاعفة الكميات العلاجية لمائة وخمسين ، او ، مائتين او مائتين وخمسين فى المائة ، مع ملاحظة حالة المريض وتكييف العلاج طبقاً لهذه الحالة .

الزهري والاذن بالزواج

سنتكلم عن هذا الموضوع في باب « الامراض التناسلية والاذن بالزواج » في آخر الكتاب .

طرق الوقاية من الزهري

شرحنا الطرق الطبية للوقاية الشخصية من الزهري في صفحة (٢٢٦ - ٢٢٨)
وسنشرح باقي الطرق في باب « طرق الوقاية من الأمراض التناسلية » .

نقل العدوى بالزهري للغير

وهل يترتب عليه مسئوليات مدنية أو جنائية ؟

لم يدفعني لبحث هذا الموضوع إلا رغبتى فى تحديد مسئوليات نقل العدوى بالزهري فى هذا المؤلف ، لعلمى ان هذا الموضوع لم يطرقه أحد للآن فى أى مؤلف باللغة العربية ، ولذلك نقول :

أن إيصال الأمراض التناسلية ، وعلى الأخص الزهري والسيلان ، من شخص إلى آخر بطريق العدوى من الأفعال التى أتيح للمحاكم مراراً النظر فيها لتقدير مسئولية فاعلها قانوناً وما يترتب على هذه المسئولية من التضمينات .

وسنورد هنا بإيجاز ما وصل إليه الفقه والقضاء فى فرنسا بهذا الخصوص من الوجهتين المدنية والجنائية وحكم ذلك فى القطر المصرى :-

(١) المسئولية المدنية

(١) اراء الفقهاء - نكتفى هنا بذكر ما ورد فى هذا الصدد باحدث مؤلف

فى المسئولية المدنية ^(١) للقيب « جاردينا » والاستاذ « سالمون ريكسى » بصحيفة ٥٩ نبذة ٢٥٩ وترجمته كالآتى : -

لا شك فى أن إيصال الأمراض المعدية وعلى الأخص الأمراض التناسلية إلى شخص يترتب عليه مسئولية من تسبب فى العدوى حتى اذا كان ذلك لم يحدث قصداً وبصرف النظر عما اذا كان سبب العدوى عمل مضاد للآداب صادر من أصيب بالمرض ، وذلك لأن التعويض المدنى غير مبنى على الفعل المغاير للآداب الصادر من المصاب الذى أسلم ذاته للغير ، وإنما أساس التعويض خطأ هذا الغير الأخير الذى تسبب فى إيصال مرض يعلم أنه مصاب به للمصاب « (ويلى ذلك قضاء متواتر بهذا المعنى ومراجع فقهية أخرى مماثلة) .

وقد يحتاج على هذا الحكم بأن الشخص الذي يسلم ذاته للأفعال التناسلية مفروض فيه أنه يقبل ضمناً النتائج التي يحتمل أن تنشأ عنها ومن هذه النتائج الأمراض الأمراض التناسلية ، غير أننا نلاحظ رداً على ذلك وجوب الفرقة بين النتائج الطبيعية للأفعال التناسلية كالحمل وزوال البكارة وهي نتائج تصحب العلاقة التناسلية غالباً والنتائج الغير الطبيعية كمدوى الامراض التناسلية ، ففي (الحالة الاولى) لا نرى محلاً لمسئولية المتسبب مادام لم يصحب فعله بأعمال عنف أو تغريب أو خداع أو اغتنام فرصة ضعف ادراك أو صغر سن من حدثت معه الافعال التناسلية، إذ يجب توقع تلك النتائج بما أنها طبيعية . أما في (الحالة الثانية) فلا مناص من القول بمسئولية المتسبب في العدوى إذ لا يمكن افتراض تسليم المصاب بحدوث العدوى لمجرد قبوله العلاقة التناسلية لأنه لم يكن يتوقع حصول تلك العدوى اذ هي ليست بالنتيجة الطبيعية لتلك العلاقة ، فيفرض جهله بوجود المرض لدى الفريق الآخر حتى يتبت العكس . ونظراً لان النص التشريعي القائمة عليه المسئولية المدنية في القانون المصري يماثل نظيره في القانون الفرنسي فنرى ان الحكم واحد في التشريعين (راجع المادة ٢١٢ مدني مختلط المقابلة للمادة ١٥١ مدني أهلي و ١٣٨٢ مدني فرنسي) .

(ب) أحكام القضاء — محكمة استئناف « روان » — ٢٥ نوفمبر سنة

١٩٠٥ ، دالوز سنة ١٩٠٦ جزء ٢ صحيفة ٥٥ وما بعدها : —

ايصال الامراض بطريق العدوى (مرض الزهري كان المرض المقصود في تلك الدعوى) يترتب عليه مسئولية من تسبب فيه ولو بدونه قصد ، ويجب الحكم بالتعويضات متى أثبت المدعى حصول علاقات تناسلية بينه وبين خصومه ترتب عليها احداث العدوى وان الخصم كان مريضاً أثناء تلك العلاقات وانه يعلم ذلك أو طار في مقدوره ان يتوقع امطاله نقل المرضه لغيره بالعدوى .^(١) وقد حكمت المحكمة

(١) ... et se savait ou pouvait se croire susceptible de transmettre la contagion.

في تلك القضية لسيدة بتعويض ١٢٠٠٠ فرنكا أو ما يقرب من ٥٠٠ جنيتها على رجل كان يعاشرها كخليفة وتقل اليها مرض الزهري بالعدوى .

وقد حكمت محكمة باريس الاستشفية حكماً مماثلاً للحكم السابق بتاريخ ١٢ يناير سنة ١٩٠٤ ومنشور في دالوز سنة ١٩٠٤ جزء ٢ صحيفة ١٥٧ وما بعدها والتعليق الذي عليه . والحكم كان بتعويض يقرب من ٥٠٠ جنيتها أيضاً لفنائة كانت خليفة أحد أشرف فرنسا نقل اليها الزهري بالعدوى .

وقد حكمت محاكم فرنسا بقضاء متواتر بمسئولية الوالدين الذين يسلمان طفلها المريض بالزهري الى مرضع فينقل اليها الطفل الممرض بالعدوى (راجع المسئولية المدنية للنقيب جاردينا وسالمون ريكسي الساق ذكره صحيفتي ٥٩ و ٦٠ نبذة ٢٦٠)

(٢) المسئولية الجنائية

(١) اراء الفقهاء — نص التشريع الفرنسي^(١) في المادة ٣٢٠ عقوبات على معاقبة من يتسبب في احداث جروح بغيره برعوته أو عدم احتياطة ، ويسلم القضاء والفقه في فرنسا بأن الجرح المنصوص عنه في تلك المادة يشمل الاصابة بمرض معد وعلى الاخص بالامراض التناسلية كالزهري (راجع تعليقات « جارسون » على قانون العقوبات الفرنسي صحيفة ٧٩٦ نبذة ٢٣٧ والاحكام والمراجع الموضحة بها) .

(١) وأخيراً عدل الايطاليون قانون عقوباتهم فصارت المادة ٥٥٤ تنص على عقوبة من سنة الى ٣ سنوات لمن يتسبب في نقل العدوى بالزهري أو بالسيلان لغيره . واذا نقل العدوى لغيره عمداً فتطبق عليه المواد ٥٨٣ و ٥٨٤ و ٥٨٥ . وفي سنة ١٩٢٧ وافق مجلس الريشتاح الالماني على قانون محاربة الامراض التناسلية وفيه نص صريح على معاقبة من يتسبب في نقل العدوى بالامراض التناسلية لغيره .

(ب) أمطام القضاء - قضت المحاكم الفرنسية بمقوبة الوالدين اللذين يسلمان طفلها المريض بالزهرى لمرضع للعناية به فينقل اليها الطفل الممرض بطريق العدوى ، وذلك طبقاً لنص المادة ٣٢٠ عقوبات فرنسي (هذه المادة تقابل المادة ٢٠٨ عقوبات أهلى) - راجع الاحكام المذكورة فى جارسون السابق التنويه عنه فى صحيفة ٧٩٧ نبذة ٢٣٧ .

كل المبادئ السابق ذكرها لا يمكن تطرق أى شك أو نزاع فى صحتها . وإنما هل يمكن القول بإمكان تطبيق عقوبة الجرح العمد المنصوص عليها فى المواد ٢٠٤ وما بعدها عقوبات أهلى على من يحدث بغيره اصابة بمرض تناسلى معد قصداً ؟

لا شك فى أن النية تختلف فيما يتعلق بمحادث الضرب والجرح عنها فى حوادث القتل ، اذ من المسلم به أنه يكفى لتكوين جريمة الضرب والجرح العمد وجود مجرد النية الاحتمالية لدى المتهم : فمثلاً لو أن شخصاً ألقى أجساماً صلبة على جمهور من الناس لا بقصد إصابة أحد منهم ولكن بقصد تفريقهم فأصاب أحدهم فإن فعله يعتبر اصابة عمداً لا خطأ ، وقد حكمت محكمة جنح مصر بهيئة استئنافية بأن « سائق السيارة الذى يخترق بسيارته نطاق البوليس بقصد المرور فيصيب بها بعض رجال البوليس يعتبر معتدياً عليهم بالضرب عمداً حتى اذا أثبت أنه لم يقصد اصابتهم وإنما قصد المرور مهما كلفه ذلك » وهذا الحكم صدر فى سنة ١٩٢٩ ولم ينشر بعد .

فاذا سلمنا بذلك يكون مما لا نزاع فيه منطقياً أن الشخص الذى يعلم أنه مصاب بمرض تناسلى معد ، ويتوصل رغم ذلك تناسلياً بآخر فينقل اليه المرض ، يكون قد ارتكب جرائم الاصابة العمد بمختلف درجاتها حسب خطورة النتائج التى تترتب على عمله .

ولسنا فى حاجة بعد هذا الى القول بأن من يتعمد اصابة غيره بمرض من الأمراض التناسلية - بقصد الانتقام مثلاً - يكون قد ارتكب طبعاً وبالأولى تلك الجرائم .

والآن بقيت مسألة موضوعية لا نريد التعرض لها وهى مسألة الاثبات ، فقد يكون متعذراً فى بعض الحالات ، وإنما يكفيننا هنا القول أننا رأينا فى القضايا المنشورة فى المجاميع الفرنسية الآتفة الذكر امكان الوصول الى الاثبات فى أحوال عديدة .

أهم المراجع وكتب الاستشهاد

Neisser : Die experimentelle Syphilisforschung etc., 9 Kong. der Deut. dermat. Gesell. in Bern, Berlin 1907.

Uhlenhuth u. Mulzer : Beiträge zur Experimentellen Path. u. Therapie der Syph. . . . etc., Arbeiten aus dem Kaiser. Gesundheitsamt. 1913 Bd. XLIV Heft 3.

Finger : Die Syphilis und die venerischen Krankheiten, Leipzig und Wien, 1901.

Finger : 9. Kongress der Deut. dermat. Gesellsch. in Bern.

Ders : L'hérédité syphilitique, Paris 1890.

Ders : Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten, Wiesbaden, 1904.

Lang : Vorlesungen über Path. u. Therapie der Syphilis, Wiesbaden, 1904.

Mauriac : Syph. Primitive et Syph. Secondaire 1890.

Fournier : Traité de la Syph., Paris 1899.

Fournier : Syphilis chez la femme, Paris 1873.

Fournier : Médecine Moderne, Paris 1891.

Proksch : Handbuch der Geschlechtskrankheiten, Wien u. Leipzig 1910.

Buschke : Syphilis, in (Riecke) Lehrbuch der Haut u. Geschlechtskrankheiten. Jena 1920.

Max Joseph : Geschlechtskrankheiten, Berlin 1916.

Levaditi et Roché : La Syphilis, Paris 1910.

Browning & Mackenzie : On Syphilis; recent Methods of Diagnosis & Treatment; Glasgow Med. Journ. vol LXXIV. 1910.

Heller u. Freudenberg : Berliner klin. Woch. 1917 (Unstimmigkeit der Wass. Reaktion).

Noguchi : Serum Diagnosis of Syphilis, Philadelphia.

Mc. Donagh : Venereal Diseases, London 1920.

Mc. Donagh : Biology & treatment of Venereal Diseases, London 1915.

Ehrlich : Abhandlungen über das Salvarsan, München, 1911.

Kolle ; Fabry ; Knopf Sinn ; u. Friedländer ; (Silbersalvarsan) Deut. med. Woch. 1918, 1919.

Lacapère, Restoux et Bougeard: Rech. sur l'élimination des préparations bismuthées. Bull. Soc. de Dermat., Juin. 1924.

Hans Curschmann-Rostock: Ueber Tabes Dorsalis. Münch. M. Wochen No7, 1923.

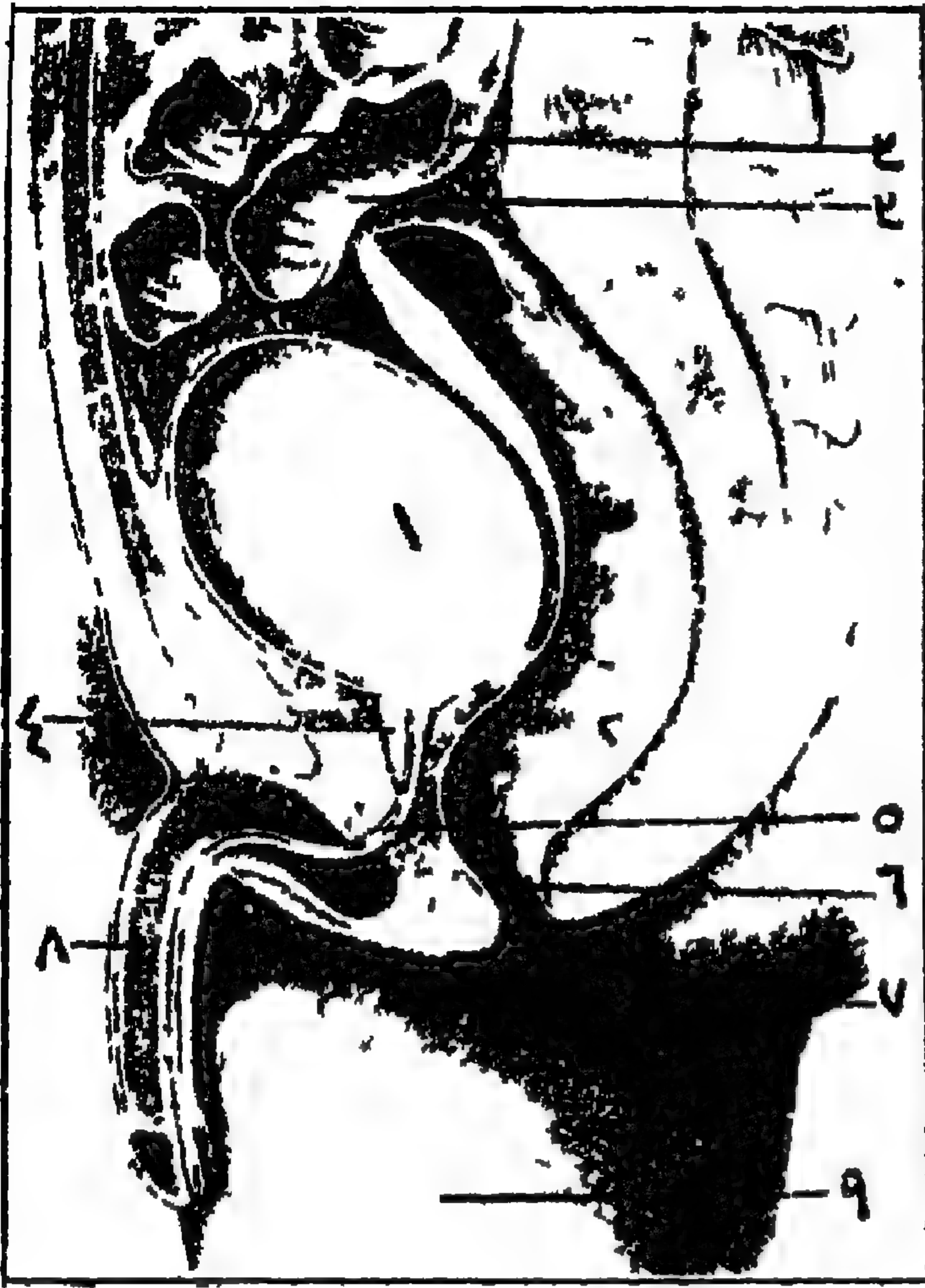
- Moore & Kemp: The Treatment of Early Syphilis. (W. R.) in Treated early Syphilis. Bull. Johns Hopkins Hosp. No 1. XXXIX 1926.
- Karl Grassmann: Zur Erkennung und Behandlung syphilitischer Erkrankung der Kreislauforgane. Münch. M. Wochen. No 6, S. 185, 1923.
- Franz Mracek: Atlas der venerischen Krankheiten. 1908.
- R. Jewesbury: Marriage and Syphilis.; Brit. Jour. Ven. Dis., October 1926.
- Guillain et Laroche et Léchelle: Technique de la réaction du benjoin colloidal. Paris 1926.
- Grenet, Levent, et Pelissier: Les Syphilis Viscerales Tardives. Paris 1927.
- Levaditi: Le Bismuth dans le traitement de la Syphilis. 1924.
- Hutinel: Le Terrain Héredo-Syphilitique, Paris, 1925.
- Lacapère et P. Vallery-Radot: Traitement de la Syphilis Hereditaire et de la Syphilis Infantile Acquise. Paris 1922.

السيلا

جونوريا - بلينوريا - ترييه - شوييس

تاريخه (١) - كان قدماء المصريين يعرفون السيلا كما ان اليونانيين عرفوه وقد وصفه طبيهم (ايريتيس) بأنه افراز يستمر ليل نهار ويؤلم المريض ويجمسه حزينا بانسا وكان يظن ان هذا الافراز هو المني (سيمين) بعينه . ويظن ان الملكة كليوباترة الجميلة كانت مصابة بالسيلا وقد استعملت لفظة (جونوريا) في وصف حالتها المرضية ، ولذا فان ادعاء البعض ان العالم (جالين) هو أول من استعمل لفظة جونوريا ادعاء باطل لأن كليوباترة عاشت في زمن سابق ليوم ميلاد هذا العالم . ويرجح أن أول من وضع هذه اللفظة هو (ابقراط) نفسه . وقد وضع سيدنا موسى قواعد مخصوصة يتبناها شعب اسرائيل للتطهر عندما يصابون بهذا المرض . وكان علماء العرب يعرفون هذا المرض وقد وصفه العالم الكبير والطبيب الخطير ابن سينا ولو أنه لم يصف له الا العلاج الذي كانوا يظنون انه علاج بديع في أوقاتهم . وأول من وصف التقرحات التي تنتج عن هذا المرض في مجرى البول الامامي (يوريثرا) هو (ايتيس) اليوناني . واستمر العلماء هكذا يتخبطون في اعتقاداتهم المختلفة الفاسدة حتى هجم الزهري على أوربا وانتشر فيها فزادت خرافات العلماء واتسع ميدان اغلاطهم حتى أن پاراسيلص كان يعتبر السيلا كالمراض الاول الذي يظهر في مرض الزهري وذلك لأن بعض المرضى كانوا يصابون بالمرضين معاً فيظهر السيلا بعد يومين أو ٣ أيام ويظهر الزهري بعد بضعة أسابيع . وتبعه كثير من العلماء في اعتقادهم ، ولكن الشك في علاقة المرضين ظهر في كتابات (تيريكه دي مايرن) وهو أول من قال بأن الافراز في السيلا هو افراز صديدي (پص) . واستمر الحال على هذا المنوال بين شك ويقين حتى قام (هنتر) وادعى دعواه المذكورة في صحيفة ١٧ وبذا حكم على

(١) أخذت أهم نقط هذا التاريخ نقلا عن كتاب تاريخ الامراض التناسلية للملاحة



(رسم نمرة ٤٩)

قطاع أمامي خلى

وسط الجسم

(١) المثانة

(٢) المستقيم

(٣) أجزاء من

الأمعاء

(٤) البروستاتا

(٥) مجرى البول

الخصي

(٦) الترج

(٧) المحز

(٨) القضيب

(٩) الفخذ

العالم الطبى باستمراره فى خطائه رغم نداء (بيل) و (هيرفاندر) بأن السيلان مرض قائم بذاته والزهرى مرض آخر حتى ظهر ريكور الذى كان يعتقد ان الامراض التناسلية متعددة ^(١) وليست مرضاً واحداً كما كان يعتقد هنتر الذى سعى كتابه عن الزهرى والسيلان وغيرها من الامراض التناسلية (كتاب المرض التناسلى) ^(٢) وقام ريكور بتجاربه (راجع صفحة ١٨) وأثبت صحة رأيه . ومن يومها استمر العلماء يبحثون عن سبب هذا المرض حتى توصل (نيسر) سنة ١٨٧٩ لاكتشاف ميكروب السيلان وبذا ابتداء عصر دراسة مرض السيلان درماً حقيقياً .

„Au commencement Dieu crea le ciel, la terre, l'homme (١)

et les maladies vénériennes, (Ricord).

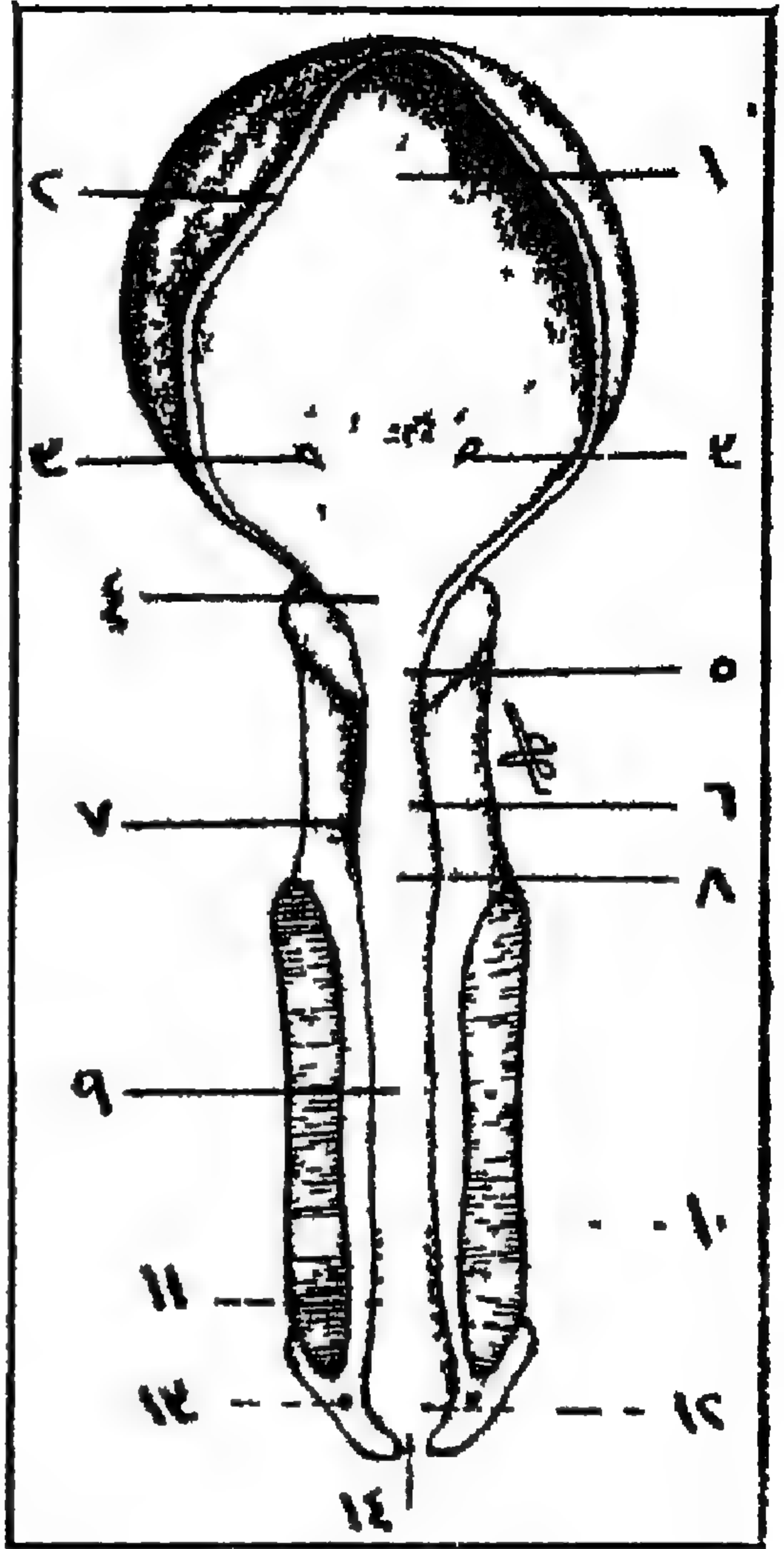
Traite de la Maladie Vénérienne, (par Hunter).

(٢)

(رسم نمرة ٥٠)

تشرح تقريبي لمجرى البول

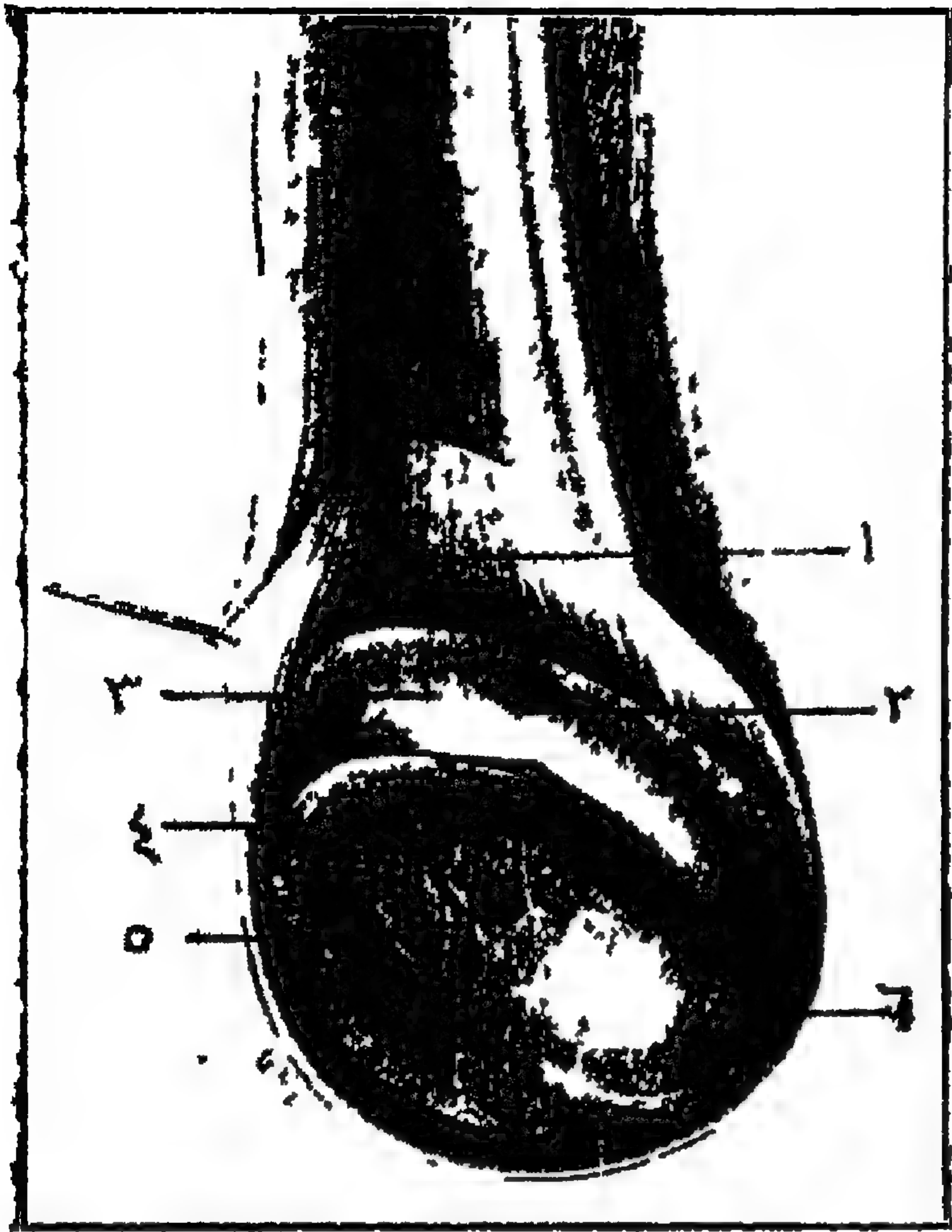
(١) سطح المثانة الداخلى (١) سمك
حائط المثانة (٣) فتحة الحالب التى
بالمثانة (٤) عنق المثانة (٥) جزء مجرى
البول داخل البروستاتا (٦) جزء مجرى
البول داخل الغشاء (٧) عنق الجزء
البصلى لمجرى البول (٨) الجزء البصلى
لمجرى البول أى الجزء المتسع بمجرى
البول (٩) الجزء الاسفنجى بمجرى
البول (١٠) سمك الجزء الكهفى بالقضيب
(١١) فتحات الغدد بمجرى البول
الامامى بالقرب من فتحة القضيب
الامامية (١٢) الحفرة الزورقية أى
الاتساع بمجرى البول بعد فتحة القضيب
الامامية (١٣) غدة (١٤) فتحة القضيب
الامامية.



مقدمة تشرحية

للاعضاء التناسلية عند الرجال والنساء

نرى ان نذكر ملخصاً بسيطاً لتشرح الاعضاء التناسلية عند لرجال والنساء
مساعدة للقارىء على فهم ما سيجىء فى باب السيلان من الاوصاف ونعتقد ان القارىء
يمكنه الرجوع الى مؤلفات التشرح الواسعة لفهم تفاصيل هذه الاعضاء . وننصحه بأن
يتصفح الرسوم وشرحها جيداً قبل مطالعة باب السيلان، ونبدأ بوصف أعضاء الرجال :-
تركب الاعضاء التناسلية عند الرجال من القضيب (پينيس) ، والخصيتين



(رسم نمرة ٥١)

صورة الخصية

وما حولها

(١) الحبل المنوى

(٢) جسم البربخ

(٣) رأس البربخ

الكبير

(٤) كيس موريان

الديداني أي هيداتيد

موريان

(٥) الخصية

(٦) رأس البربخ

الصغير .

(تيسنيكلز) ، والبربخين (ابيديميس) . والحبل المنوى الايمن والايسر (سپرماتيك كورد) ، والپروستاتا (پروستاتا) . والحويصلتين المنويتين (فيزيكيولي سيمينيلس) ، وبطيعة الحال من جميع العضلات والاعصاب وباقي الاجزاء التشريحية التي لها علاقة بتغذية وتحريك هذه الأعضاء .

القضيب - (راجع رسمى ٤٩ و ٥٠) يتركب القضيب من العضلات الكهفية والاسفنجية (كافيرونص اندمير بيجينص مصيلز) ومن مجرى البول (يوريثرا) .

فالعضلات المذكورة هي التي يتكون منها سمك القضيب وهي عضلات رخوة تنتفخ لما تحتقن بالدم الذي يملأ خلايا الفضاء الموجودة بهذه العضلات ويحصل ذلك عند الانتصاب (الانتعاض) ، وقد يكون هذا الانتصاب نتيجة تهيج شهوانى تناسلى وقد يكون نتيجة تهيج موضعى ، وعلى العموم فالفسيولوجيا الميكانيكية لهذا الانتصاب تنحصر فى ان الدم يندفع داخل أوردة القضيب وعضلاته فتحتقن ويحصل



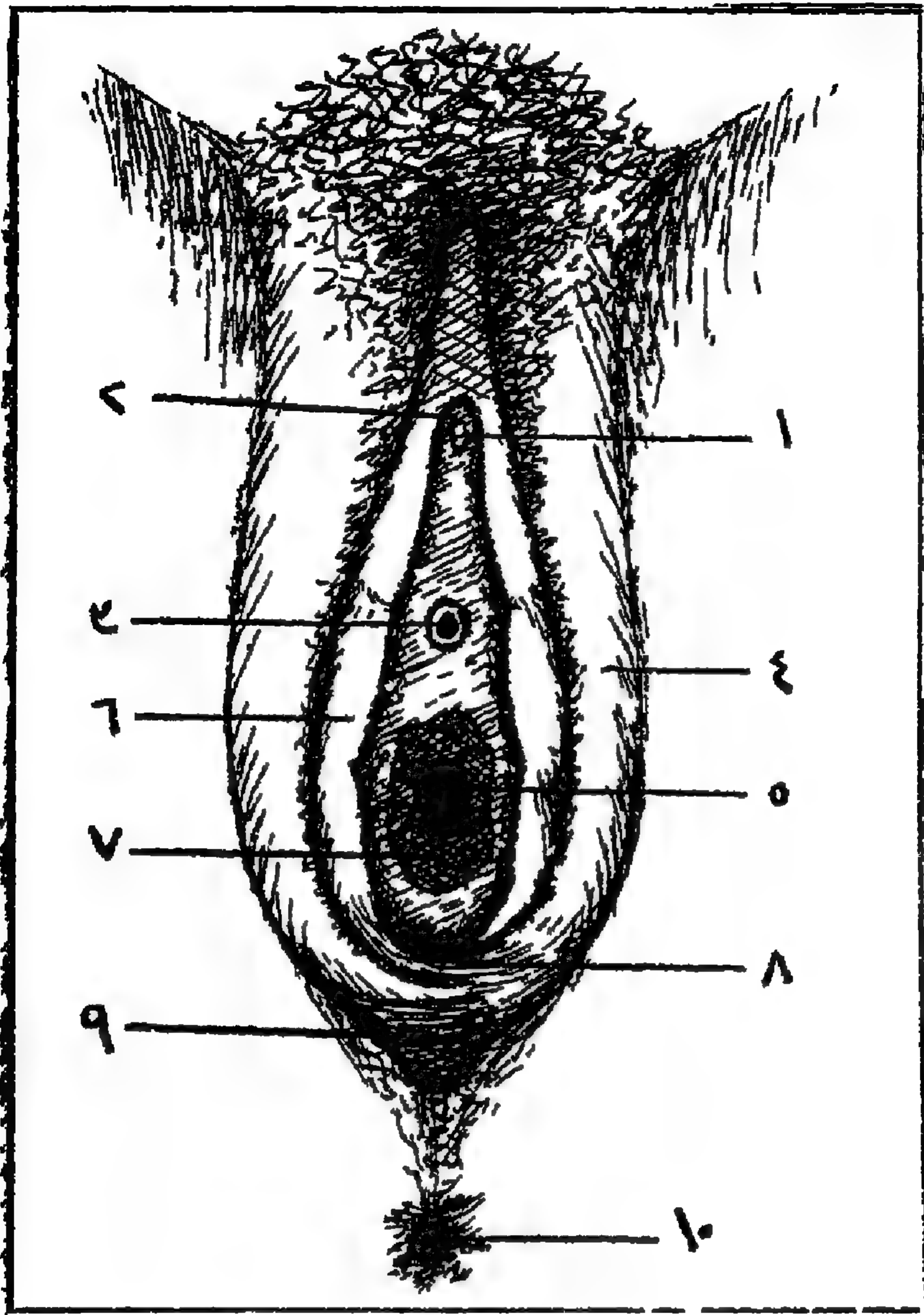
(رسم نمرة ٥٢)

السطح الأسفل للثانة وما عاياه من الاعضاء :-

(١) المتانة (٢) القناة الماقلة للبنى وترى زميلتها بالجهة الاخرى (٣) الحويصلة المنوية وترى زميلاتها بالجهة الاخرى (٤) البروسناتا (٥) مساحة متلثة بين قاتى نقل المنى (٦) جزء من العظم الوركى (٧) غدد «ميرى» أى غدد «كوبر» (٨) الجزء البصلى لمجرى البول أى الجزء المنفخ فى مجرى البول.

الانتصاب^(١) . وأما مجرى البول فهو عبارة عن (الماسورة) التى يخترقها البول فى طريقه من المتانة الى فتحة القضيب الامامية وتتركب هذه (الماسورة) من عضلات

(١) لفهم « فيسيولوجيا و.تولوجيا الجماع » تنصح بمراجعة كتاب « الضعف التناسلى عند الذكور والانات » للدكتور غفرى من صحيفة ٢٦ الى ٤٧ وما بعدها من المباحث .

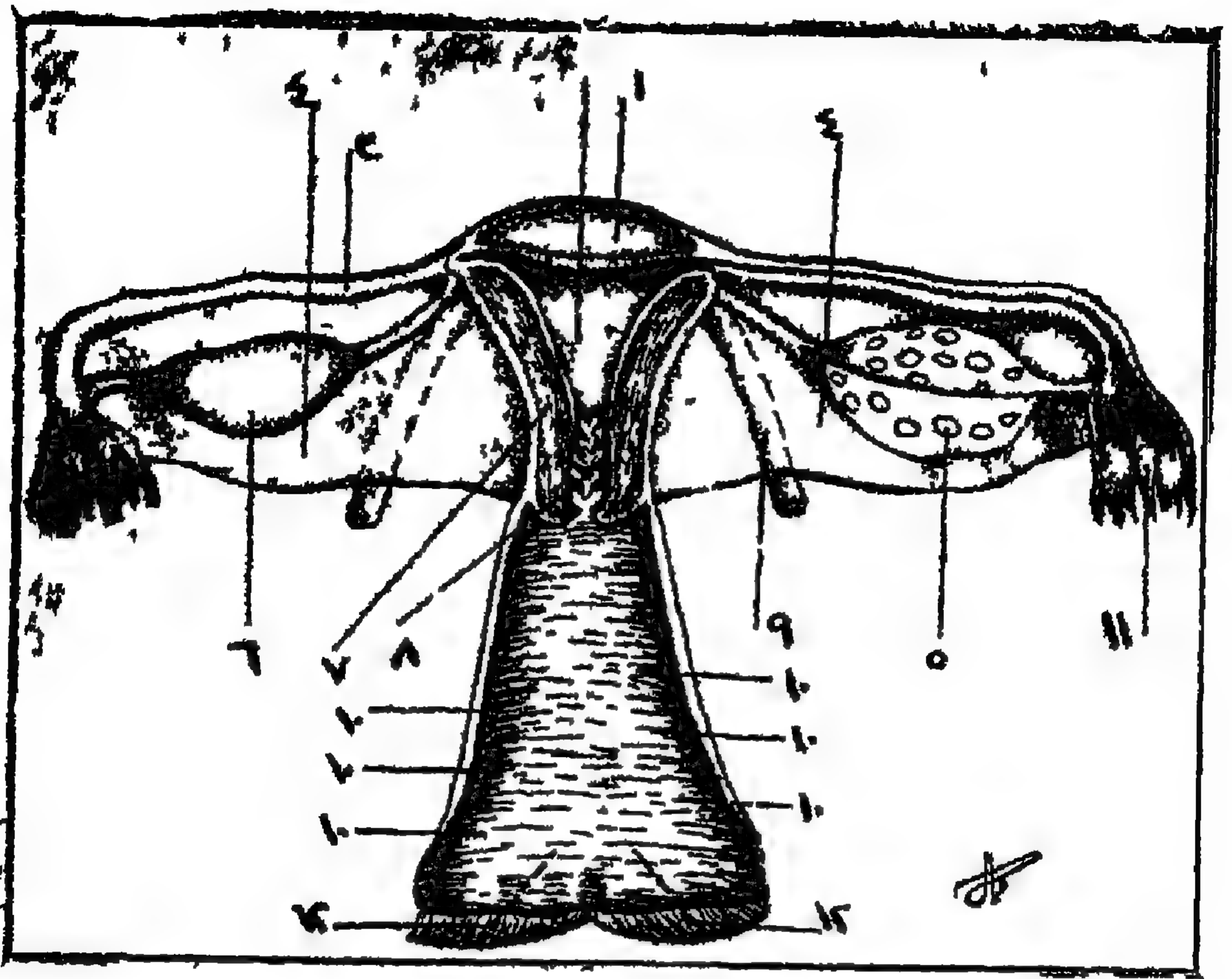


(رسم نمرة ٥٣)

مطقة الاعضاء الساسية عند النساء كما ترى من الخارج -

(١) الطر (٢) قلفة الطر (٣) فتحة مجرى البول عند النساء (٤) السرة
الكبرى (٥) الفتحة الامامية للبهل ومعدة وايلان عشاء الكارة (٦) السرة الصغرى
(٧) عشاء الكارة (٨) الحفرة الرورية (٩) فيد السرة (١٠) فتحة الترح.

رقيقة مكسوة من الداخل بسطح محاطى باعم احمر وهذا هو السطح الذى يصاب أولا
بالعدوى بالسيلان. ويتسمون هذه الماسورة الى ثلاثة اقسام عند الكلام عن السيلان :-
(١) مجرى البول الامامى : ويتدىء من فتحة القضيب الامامية حتى سطح



(رسم نمرة ٥٤)

الأتعاء التناسلية الداخلية والخارجية عند النساء -

(١) فاع الرحم (٢) محوىف الرحم (٣) بوى فلوب (٤) الرباط العريض
(٥) حوىصلة حراف (٦) المصص (٧) سبك حدار الرحم (٨) شجرة الحياة
(٩) الرباط المروم (١٠) المهبل (١١) سرافة البوى (١٢) فتحة المهبل المقعدة
عند العرج .

الفتعاء البولى التناسلى (يوروجينيتال دىافرام) الذى تنحصر بين طبقتيه العضلة
القابضة . ولما يتدىء عند فتحة القصيب - الصباح - يتسع قابلاً فتكون عن هذا
الاتساع الحفرة الزورقية ١٢ رسم نمرة ٥٠ (فوسسا ائيكىولارىس) وكثيراً ما يهمل
بعض الاطباء علاج هذه الحفرة بعناية عند ما يعالجون حالات السيلان فتستمر مكرراً
تأبناً لميكروبات السيلان فى الحالات المزمنة . ويضيق مجرى البول ثانية ويرجع
لاتساعه العادى حتى يصل الى القرب من العضلة القابضة فيتسع كثيراً وينتج عن

هذا الاتساع الجزء البصلي لمجرى البول (بالباريورثرا) ٨ رسم نمرة ٥٠ ويرجع فيضيق حتى يصل للعضلة القابضة . وتوجد عدة غدد صغيرة حول مجرى البول الامامى تمتد من كل منها قناة رقيقة ، وتوجد فتحة نهاية القناة على سطح مجرى البول ١١ رسم نمرة ٥٠ ، وتوجد جيوب صغيرة (لا يكونى) بسطح مجرى البول وهذه هي الجيوب التى تدخلها ميكروبات السيلان وغيره فتختفى داخلها ويتسبب عن دخولها هناك استمرار المرض رغم العلاج الالهم الا اذا وجهت كل عناية لمنع ذلك . وليلاحظ القارىء ان سطح مجرى البول يكون دائماً ملتصقاً ببعضه أسى لا يكون متنفخاً (كالماسورة) الا عند التبول وهذا منعاً لدخول الميكروبات والهواء داخل المجرى . وعند ما تنتهى عملية التبول يضغط سطح المجرى على آخر نقطة من البول به فيخرجها فى الحالات الطبيعية . ولكن فى المرض يشعر المريض بوجود جزء من البول داخل المجرى يضايقه فيضغط عليه بيده ليخرج آخر نقطة من البول .

(٢) مجرى البول الأوسط أى مجرى البول داخل الغشاء (ميسرينص يوريثرا) ٦ رسم نمرة ٥٠ يبتدىء عند انتهاء مجرى البول الامامى وينتهى عند ما يخترق مجرى البول البروستاتا ، وهو جزء يتراوح طوله بين سنتى ونصف و ٢ سنتى ويكون دائماً مضغوطاً بالعضلة القابضة التى حوله ولا ينفتح بشكل (الماسورة) الا عند مرور البول به . ويعتبر وجود هذا الجزء كوقاية للمرضى من فتك السيلان بهم لأن المرض ينتشر ميكانيكياً بسهولة على طول مجرى البول الامامى حتى نهايته فيلاقيه مجرى البول الأوسط ويقف عقبة فى سبيل تقدمه وبذا لا ينتشر المرض بسهولة لاجزاء مجرى البول الداخلية ولا يصل للمثانة . (١)

(٣) مجرى البول داخل البروستاتا (پروستاتيك يوريثرا) ٥ رسم نمرة ٥٠ هو جزء مجرى البول الذى تحيط به البروستاتا وينتهى بفتحة مجرى البول داخل المثانة . وتوجد على سطحه الداخلى فتحات القنات الصغيرة الخارجة من البروستاتا وفتحتى قناتى نقل المنى الآتيتين من الحويصلتين المنويتين ومن هذا يفهم القارىء

(١) الالهم الا فى حالة انتقال الميكروبات بواسطة الاوعية الليمفاوية الى المثانة وغيرها .

ان المنى السميك اللزج الآتى من الحويصلتين المنويتين يمتزج فى هذا الجزء من مجرى البول بافرازات البروستاتا السائلة ويخرج على طول مجرى البول حتى فتحة القضيب الامامية فيكون هناك ممزوجاً جيداً فى شكله الطبيعى المعتاد .

الخصية — عضو يشبه (البيضة) صغير أى أقل من أو مثل بيضة الحمام فى حجمه دقيق التركيب موجود بالصفن (سكروتم) وحوله غشاء متين يسمى الغشاء الغمدى للخصية (تيونيكا قاجيناليس) . وهو العضو الذى يفرز المنى السميك الذى يمتزج بالحيوانات المنوية التى تمر بالبرنج ويذهب كمنى سميك داخل قناة نقل المنى الى الحويصلة المنوية . وتصل ميكروبات السيلان الى الخصية عادة عن طريق الاوعية الليمفاوية ولو انه يمكن وصولها عن طريق قناة نقل المنى ولكن هذا أندر من الطريقة السابقة . وتوجد بالجسم خصيتان (رسم نمرة ٥١)

البرنج — عضو مستطيل له رأس كبير (كاپوت ميجور) وجسم مستطيل وذيل أو ما يسمونه رأس صغير (كاپوت مينور) . وهو العضو الدقيق الموجود فوق الخصية وهو الذى تمر به الحيوانات المنوية . ولما تلهب القنابات الصغيرة التى تخرج فيها تلك الحيوانات يحصل فيها أحياناً انسداد فلا تخرج هذه الحيوانات المنوية فيصاب المريض بالعمى أى انه يصبح عاجزاً عن الاتيان بنسل . وهذا هو أهم اسباب العمى الناتج عن السيلان ولو ان بعض الحالات يمكن معالجتها جيداً وبنجاح بأتى بنسل . وكثيراً ما يهمل الاطباء فحص هذا العضو عند معالجة السيلان أو غيره من الامراض التناسلية مع ان كثيراً من الحالات المزمنة لا يكون بها أى علامة ظاهرة غير تضخم هذا العضو ولذا فانى أنصح بفحص هذا العضو جيداً فى كل الحالات . ويوجد بالجسم برنجان . واحد على كل خصية (٥١)

الحبل المنوى — يتركب الحبل المنوى من قناة نقل المنى وبضعة أوردة وشرابين وأنسجة أخرى وتبتدى القناة من الخصية وتمتد على سطح البطن الأسفل الخارجى وتدخل فى القناة الاربية (اينجوينال كانال) الى داخل البطن وتنزل فى تجويف الحوض (بيلفيك كافيتى) خلف المثانة حتى تنتهى عند الحويصلة المنوية

فتفتح فيها وتنزل المنى الذى يحجز هناك حتى يخرج عند اللزوم فى قناة نقل المنى الخارجة من الحويصلة والممتدة حتى سطح مجرى البول داخل البروستاتا فتنزل المنى هناك فيسير فى مجرى البول حتى فتحة القضيب . وعلى ذلك توجد قناتان واحدة بمنى وواحدة يسرى لنقل المنى من الخصيتين الى الحويصلتين المنويتين وتسميان (قازا ديفيرنشيا) وهما القناتان الموجودتان بالحبل المنوى . وهما غير القناة التى تنقل المنى من الحويصلتين الى مجرى البول ويسمونها (قازا ايفيرنشيا) راجع رسم ٥١ ورسم ٥٢

البروستاتا - عضو مخروطى الشكل - مثل فاكهة الكهثرى - قاعدته فى أسفل المثانة يشبه فى صلاته صلابة الخصية تقريباً وتخرقه ماسورة مجرى البول من المثانة عند قاعدة البروستاتا وتخرج عند طرفها الآخر (راجع رسم ٤٩ ورسم ٥٢) وتلتهب البروستاتا فى اكثر حالات السيلان المزمع . ويمكن فحص البروستاتا بادخال اصبع اليد ، أو بحس البروستاتا ، داخل فتحة الشرج كما سيبحث تفصيلاً ، وبطبيعة الحال لا يوجد بالجسم الا پروستاتا واحدة وهى لا توجد الا عند الذكور لأن احدى وظائفها افراز سائل يمتزج بالمنى فيعطيه شكله الطبيعى وتساعد أيضاً فى نفس حركة الجماع ميكانيكياً .

الحويصلة المنوية - هى عضو بشكل (الكيس) المستطيل يخزن فيه المنى حتى يفرز عند اللزوم وهى موجودة خلف المثانة كما ترى فى رسم ٥٢ ويمكن فحصها أيضاً من فتحة الشرج فيشعر الطبيب بها اذا كانت متضخمة وتوجد حويصلتان منويتان بالجسم ولا توجد طبعاً الا عند الذكور .

هذا هو الوصف الاجمالى لاعضاء التناسل عند الرجال ولكن أحياناً توجد أشكال غير طبيعية (ابنورماليتيز) فى تركيب هذه الاعضاء ويرجع لدراسة كل هذه الاشياء فى المؤلفات الخاصة بها .

والآن نتكلم عن الاعضاء التناسلية عند النساء ، ولا داعى لاطالة الشرح اذا اعتنى القارئ بدرس الرسمين نمرة ٥٣ ونمرة ٥٤ عناية كافية . فقط نستلفت نظر القارئ لفرق واحد عظيم بين الجهاز التناسلى عند الرجال والجهاز التناسلى عند النساء ، وهذا

الفرق ينحصر في ان الجهاز التناسلي عند الرجال مرتبط تمام الارتباط بالجهاز البولي إذ ان البول يخرج من المثانة ويسير في مجرى البول حتى فتحة القضيب ، والمني يخرج من الحويصلة المنوية ويسير حتى « جزء مجرى البول داخل البروستاتا » ويسير في مجرى البول حتى فتحة القضيب . ونفس القضيب هو العضو الذي يخرج البول من الجسم بواسطته وهو العضو الذي يؤدي وظيفة الجماع . أما عند النساء فأن فتحة مجرى البول موجودة عند ابتداء مجرى البول (٣ رسم نمرة ٥٣) وينتهي هذا المجرى في المثانة . ولا علاقة لهذه الفتحة بالتناسل ، والعضو الذي يؤدي وظيفة الجماع هو المهبل ، ولا علاقة للمهبل بالجهاز البولي إذ يتسدى عند الفرج وينتهي عند عنق الرحم . وليلاحظ القارىء أن غشاء البكارة (٧ رسم نمرة ٥٣) موجود كغطاء فوق الفتحة الأمامية للمهبل ، ويرى القارىء فتحة مستطيلة وسط هذا الغشاء وهذه الفتحة تكون بأشكال متعددة في أنواع البكارة ، وهذه الفتحة ضرورية للبنات لينزل منها التزيف الدموى الذى يأتين شهرياً ويسمونه الحيض (مينستريشن) وهو عبارة عن نزيف فيسيولوجى ينزل من داخل الرحم . وعند ما تصبح البنت ثيباً أو عند ما تنعدم هذه البكارة من أى سبب آخر كنتيجة النهاب يصيب البكارة في بعض الحميات أو الامراض المختلفة الأخرى أو كنتيجة حركة عنيفة كسقوط من علو أو عندما تلعب بعض الفتيات لعبهن العادى (كالنط بالحبل) أو ركوب الدراجات أو ماشابه ذلك فان فتحة المهبل الامامية تظهر حولها آثار البكارة (كارانكيولي ميرتيفورميس) . وليلاحظ القارىء أن كل الاحزاء الموجودة بالرسم نمرة ٥٤ هى داخل تجويف الحوض . وليلاحظ أن بوق فاللوب (٣ رسم نمرة ٥٤) هو (الماسورة) التى تسير بويضة المرأة داخلها من المبيض الذى يفرزها الى تجويف الرحم حيث تلتقى عادة بالحيوانات المنوية للرجل وهناك يتربى الجنين في أكثر أنواع الحمل العادية . وأما الحيوانات المنوية للرجل فتنزل في المني عند الجماع داخل المهبل وتدخل في الفتحة الامامية لعنق الرحم وتمر في طريقها داخل عنق الرحم بشجرة الحياة (٨ رسم نمرة ٥٤) حتى تصل لتجويف الرحم وهناك تلتقى ببويضة المرأة .

اسباب مرض السيلان (ايتيولوجي)

كانوا يظنون أن السيلان ينتج عن أسباب عديدة حتى اكتشف « نيسر » ميكروب السيلان (جونوكوك) فعرف العلم أن السيلان يكون دائماً نتيجة العدوى بهذا الميكروب . وقبل ان تكلم عن طرق العدوى نذكر شيئاً من أوصاف هذا الميكروب : -



(رسم نمرة ٥٥)

ترى ميكروبات السيلان داخل الخلايا (اينتراسيلولار)

ميكروب السيلان ^(١) (جونوكوك)

ميكروب صغير جداً لا يرى إلا تحت عدسة الميكروسكوب وباستعمال نقطة من زيت الفحص . وتجهز عينة الفحص بأن تفرش المادة المراد فحصها كطبقة رقيقة فوق

(١) يستعمل اسم « سيلان » لالتهاب مجرى البول الناتج عن العدوى بميكروب (جونوكوك) أي ميكروب السيلان . وهذا الاسم يقوم في لغتنا مقام اسم (جونوريا) في اللغات الأجنبية ، ولكن توجد التهابات أخرى تصيب مجرى البول وينتج عنها نزول افرازات مختلفة الاشكال من القضيب أو المهبل ولا نعطيها اسم « سيلان » بل نعطيها اسم التهاب مجرى البول الناتج عن كذا وكذا من الاسباب الاخرى غير العدوى بميكروب السيلان وهذه الالتهابات هي التي تسمى في اللغات الأجنبية (يورثريتيس) .

قطعة الزجاج وبعد صبغها بأي طريقة من طرق الصباغة تفحص بالميكروسكوب فتري ميكروبات السيلان (راجع رسم نمرة ٥٥ ورسم ٥٦) في مجموعات متقاربة وكل اثنين بجوار بعضهما . وشكل هذه الميكروبات كشكل حبة البن في تجويفها . وإذا أخذت عينة من الافراز نصف المائي أو الزلالي اللون الذي يظهر أولاً في السيلان فتري الميكروبات تحت الميكروسكوب خارج الخلايا الأخرى الموجودة بالعينة أي (ايكسترا سيلولار) . وإذا فحست عينة من الافراز الصديدي الذي يظهر بعدئذ فتري ميكروبات السيلان داخل الخلايا (اينترا سيلولار) وتري هذه الميكروبات عادة داخل خلايا صديدية (بص سيلز) رسم ٥٥ أو داخل خلايا مخاطية (ايدشيليان سيلز) في وقت شدة الالتهابات . ولكنها تری خارج الخلايا عند أول ظهور المرض وفي أدواره الأخيرة أحياناً (رسم نمرة ٥٦)

طرق الصباغة^(١) توجد طرق عديدة لصباغة هذا الميكروب نذكر هنا أسهلها عملياً

(١) طريقة الصبغ بالانيلين — تجهز العينة وتثبت وتوضع في سائل الانيلين الازرق وتنشف بورق الترشيح العادي وتفحص فتري ميكروبات السيلان مزدوجة في وضعها زرقاء قائمة في لونها

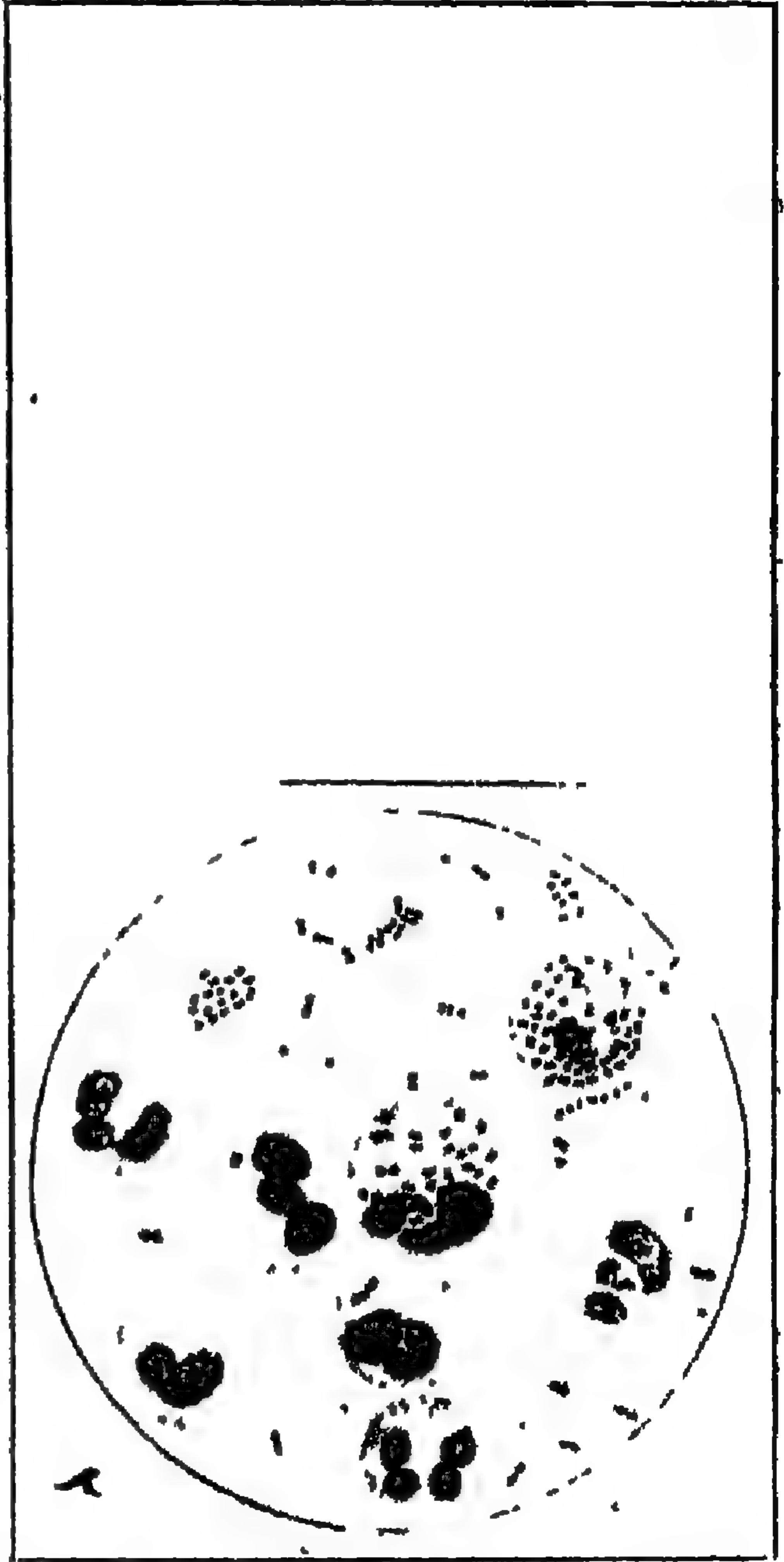
ولكن توجد ميكروبات عديدة غير هذا الميكروب وتشبهه في شكلها ويكون لونها أزرقاً اذا صبغت بالانيلين ولذا لا يمكن الاتكال على هذه الطريقة إلا كطريقة سريعة تستعمل في العيادات الخارجية بالمستشفيات التي لاتعنى كثيراً بمرضاها .

(٢) طريقة جرام — هذه هي أحسن طريقة لصبغ ميكروب السيلان وتنصح القارىء بمراجعتها جيداً لأنها الطريقة التي تستعمل عادة في تشخيص أكثر الحالات ، وعند فحص عينة مصبوغة بطريقة جرام تری ميكروبات السيلان حمراء في لونها وما عداها من ميكروبات (ديلوكوك) يرى في نفس الميدان بلون ازرق قائم ، وعلى ذلك اذا وجد مريض عنده اعراض السيلان من التهاب بمجرى البول وافراز

(١) لدراسة تفصيلية عملية لسميات الجونوكوك المورفولوجية والبكتيريولوجية من طرق صباغة الى طرق زرع الى فحص الدم تنصح بمراجعة الكتاب المختصر الآتي : —

Calmette, Negre, et Boquet: Manuel Technique de Microbiologie et Sérologie. Paris 1925.

منه وفحصت عينة من افرازه بهذه الطريقة ورؤيت ميكروبات مزدوجة في وضعها حمراء في لونها فيمكننا أن نشخص - بأقل ما يمكن من الشك - أنها حالة سيلان .^(١)



(رسم نمرة ٥٦)

(١) ترى ميكروبات السيلان خارج الخلايا (ايكستراسيلولار)

(٢) ترى ميكروبات السيلان داخل وخارج الخلايا

(للاحظ القارئ أن العينات لا ترى سوداء كما هي في الرسم بل ترى بألوان مختلفة منعنا من

رسمها هنا عدم تمكننا من تجهيز رسوم ملونة)

(١) وللاحظ القارئ انه اذا اراد اخذ العينة التي يفحصها من بول المريض فيجب أن يكون البول حديث العهد لان العينات التي تمهز من بول ترك عدة ساعات تعطي نتائج خطأ وتسوق أحياناً لتشخيص غير صحيح . اذ لوحظ ان ميكروبات (ديبلوكوك) الاخرى التي تكون موجودة في البول الذي يترك عدة ساعات تتخذ أحياناً كثيرة اللون الاحمر (بطريقة حرام) لاسها تغمحل قليلاً فلا تقدر على الاحتفاظ باللون الازرق القائم وتتأثر باللون الاحمر بسرعة فيظنها بعضهم (جونوكوك) وهي ليست كذلك . ولذا فالتأكد صحيح البكتيريولوجيين بأن يعرفوا على معرفة مقدار الزمن الذي مر على اخراج البول الذي يقدم لهم للفحص .

وقد حسن علماء كثيرون في طريقة جرام بادخال صبغات أحسن أو أثبت لوناً. وأهم من حسنوها هم (لوجول) و (كسابليشكى) و (ينسن) ، واظن ان طريقتى (ماى - جرينفالد) و (باينهم) من أحسن الطرق لتشخيص ميكروب السيلان ميكروسكوبياً . واستعمل شخصياً في أكثر الحالات الدقيقة طريقة جرام في صباغة اول عينة واصبغ العينة الثانية بطريقة (اونا - باينهم) لأننى وجدتة دقيقة في نتائجها سريعة في عملها جميلة في صورة العينة التى تظهرها تحت الميكروسكوب . وطريقة عملها هى تجهيز العينة وتثبيتها على حرارة النار أو فى تيار الهواء ، وتصبغ فى محلول (اونا - باينهم)^(١) لمدة تتراوح بين ٥ و ١٠ دقائق والفحص العينة فترى نواة (نيوكليس) الخلايا الصديدية بلون أزرق خفيف ، ونواة الخلايا المخاطية بلون أزرق جداً ، (وبرتوبلازما) الخلايا بلون أحمر وردى ، وميكروبات السيلان بلون احمر قائم وظاهرة كالشمس . وإذا أريد تجهيز عينات من أغشية الجسم لفحصها للتأكد من وجود ميكروب السيلان بها فنصح باتباع طريقة (تسيلر) ويجدها الطالب مفصلة فى مؤلفات البكتريولوجيا .

طرق العدوى : مما تقدم فهم القارىء ان سبب المرض هو ميكروب (جونوكوك) ، ومن مميزات هذا الميكروب انه لا يصيب الا السطوح المخاطية بالجسم فاذا لقحت هذه السطوح بالميكروب فأنها تصاب بالمرض ، وأكثر هذه السطوح تعرضاً للعدوى هى السطوح المخاطية للأعضاء التناسلية وهذا هو السبب فى وضع هذا المرض فى قائمة الامراض التناسلية لأنها هى الامراض التى وان أصابت أجزاء أخرى كثيرة من الجسم الا أنها يكثر ظهورها على الأعضاء التناسلية . ولا تتعرض هذه الأعضاء لمرض السيلان بكثرة الا عند الجماع إذ يصاب الرجل بالسيلان اذا جامع امرأة عندها السيلان وتصاب المرأة به أيضاً اذا جامعته مصاباً بالسيلان . وتكون الإصابة محققة الحصول فى أكثرية الحالات اذا كان المرض عند أحدهما حاداً أى اذا كان الالتهاب

(١) يباع هذا المحلول عند ما يريقات الاصباغ بألمانيا جزءاً بهذا الاسم ويركبونه هكذا (بيرونيين ٢٥ سقى جرام . ميتيلجرين ١٥ سقى جرام . كحول ٢٥٠ جرام . (كاربول فاسير) أى ماء فينيك نقى قوة ٥ فى المائة يضاف بمقدار ٩٧٥٠ جرام) .

السيلانى حديثاً ومصحوباً بأفرازات سيلانية ، وأما اذا كان المرض عند أحدهما مزمناً فيتعرض الطرف الآخر لآخذ المرض بنسبة أقل . وكلما طالت مدة الجماع وزادت حركاته وتعددت عملياته بين سليم ومصاب تعرض السليم بكثرة للتلفح بالمرض . ولا تحتاج عملية التلقيح بالمرض الا لنزول أى مادة بها الميكروب على السطح المخاطى للقضيب أو للفرج أو داخل المهبل مثلاً . ومجرد وجود الميكروب على السطح المخاطى يمكنه من النمو والانتشار . وبما ان السطح المخاطى لعضو التناسل النسائى متسعاً جداً فهو يتعرض للعدوى أكثر من تعرض السطح المخاطى لعضو التناسل الرجالى الذى لا تصله الميكروبات الا عن طريق فتحة القضيب الامامية وهى فتحة صغيرة جداً اذا قيست بسطح المهبل العريض أو بفتحة المهبل الكبيرة . ولذا فأن النساء يصبن بالسيلان بسرعة أكثر من الرجال خصوصاً اذا لاحظنا ان الرجل يمكنه ان يستعمل بعض طرق الوقاية وبأمل فى النجاح أكثر من المرأة التى قلما تفيدها طرق الوقاية من الاصابات الاولى بالسيلان . وفى الواقع لاحظنا دائماً ان النساء اللواتى يذفن بعمل طرق الوقاية هن النساء العاهرات حينما يطهرن اعضاءهن التناسلية تحاشياً لأصابات جديدة تصيب هذه الأعضاء المملوءة عادة بالامراض المزمنة .

ويصاب الرجل أيضاً بالسيلان بمجرد لمسه فرج امرأة عليه افراز سيلانى بطرف القضيب . أى ان تميم عملية الجماع غير لازم لايجاد العدوى . ويصاب الرجال المصابون بداء اللواط بالسيلان أيضاً اذا كان من يجامعونهم من الذكور مصابين بالسيلان .

وأما طرق العدوى الاخرى ، أى التى تنتج عن أشياء غير الجماع فتسبب عند الرجال من اتباع عادة مسح القضيب فى الحائط عند التبويل أو استعمال ملابس شخص آخر مصاب بالسيلان . وتوجد طريقة للعدوى نادرة الحصول ولكنها فهت أخيراً من بعض مرضاى انها انتشرت فى القاهرة الآن لوجود بعض الممثلات والعاهرات اللواتى يتبعن استعمال ما يسمونه (بالعادات الافرنسية) ، فيزور الواحدة منهن عدد من الرجال ، وتمتص أولاً بفمها قضيب رجل مصاب ، ويزورها آخر فتمتص قضيبه فتنتقل العدوى التى بفمها فقط الى فتحة القضيب فيصاب الرجل بالسيلان من فم تلك

العاهر التي يتطهر فيها من ميكروبات السيلان بمجرد شربها بضعة كاسات من الخمر القوي كالويسكى أو الكونياك .

وأما الاطفال فتصاب أعضاؤهم التناسلية بالسيلان من استعمال ملابس ملوثة بالميكروبات وكثيراً ما يحصل ذلك للبنات الصغيرات عند ما تنظفهن أمهاتهن بخرق ملوثة من أعضاء هذه الامهات المريضات . ويصاب الاطفال بالعدوى بالطرق التي ذكرناها في (صحيفة ١٧١) التي يتبعها بعض الخدم . وقد زارتني سيدة ومعها ولد صغير مريض بالسيلان وبعد البحث فهمت ان (الكريرة) كانت تجد لذة كبرى عند ما تأخذ هذا الولد الصغير في فراشها وتلعب بطرف قضيبه عند فرجها وقد كانت مصابة بالسيلان فانتقل المرض لهذا الولد المسكين . وأما أجزاء الجسم الاخرى التي تصاب بالسيلان فهي فتحة الشرج عند الاولاد ساقطى الاخلاق ، أو عند النساء من نزول الافرازات السيلانية من المهبل بكثرة فتصل لفتحة الشرج فتصاب بالمرض ، ويصبن أيضاً من اتباع طرق الجماع غير الطبيعية . ويصاب الفم بالعدوى باتباع (العادات الفرنسية) . وتصاب العيون بالسيلان فتنتج أشد حالات الرمذ الصديدي وهذا ما يستدعى تنظيف الايدي جيداً بعد لمس أى عضو عليه افرازات سيلانية . ويصاب الاطفال عند الولادة أحياناً بالرمذ الصديدي لمرورهم في أعضاء أم مصابة بالسيلان وهذا ما يستدعى تنظيف عيون كل طفل يولد ومسحها بقطرة قوية مطهرة كقطرة تترات الفضة (٢ في المائة) مثلاً . وإذا وصلت عدوى للانف أو الاذن فتصاب هذه الاعضاء أيضاً وتكون الاصابة عادة شديدة وخطرة إذ قد تنتهى بعمليات جراحية خطيرة .

ولا صحة البتة لما يدعيه بعضهم من أن اصابته نتجت عن (برد) أو (رطوبة) إذ يستحيل حصول ذلك ، ولا بد من وصول الميكروب للجزء المصاب حتى يظهر عليه المرض . وقصارى القول أن مجرد تلقيح أى سطح مخاطى بميكروب السيلان ينتج العدوى ، ولا يحتاج هذا التلقيح لزمان طويل أو لاحتكاك مستمر . ويسرنا ان نذكر هنا انه كلما تحدثت أصابة بالسيلان في عصرنا هذا من الآلات الطبية لما يتبعه الاطباء من تعقيم تام لآلاتهم التي يستعملونها في فحص ومعالجة المرضى . ولكن هذا لا يمنعنا من ان نعيد الكرة ونذكر حضرات من يفحصون العاهرات بأن يطهروا الآلة التي

يسمونها (المنظار) جيداً ولا يمكنهم ذلك مع السرعة الهائلة التي يفحصون بها عدداً يقرب من مائة وخمسين الى ٢٠٠ عاھر في ساعتين فقط الا اذا استعملوا عدداً كافياً من هذه الآلة ليتمكن تطهير كل آلة بعد كل فحص على التوالي .
ويمكننا ان نقول ان اكثرية طرق العدوى الممكنة للسطوح المخاطية في مرض الزهري بواسطة الجماع تكون ممكنة الحصول في مرض السيلان .

ادوار السيلان

(١) دور الحضانة

(٢) السيلان الحاد

(٣) السيلان المزمن

(١) دور الحضانة — تمر مدة بعد التلقيح بالميكروب حتى تظهر أول أعراض المرض ، وتسمى هذه المدة دور حضانة السيلان وتتراوح بين يومين و ٥ أيام عادة وقد تظهر في بعض الاصابات الشديدة والتي يصحبها تهيج كاف للاعضاء بالافراط في الاستمتاع بلذة الجماع بعد يوم واحد وأحياناً بعد ١٢ ساعة أو أقل . وأحياناً يطول دور الحضانة الى اسبوع أو أسبوعين ، وقد رأيت حالة تحققت من تاريخها استمر فيها دور الحضانة الى ٧٥ يوماً (١)

واعتقد ان دور الحضانة يكون قصيراً أو طويلاً طبقاً لعدة عوامل أهمها كمية الميكروبات التي يتاقح بها الشخص وما يصحب هذه الميكروبات من الافرازات كصديد قليل أو كثير أو كصديد ودم من النساء في دور (الحيض) مثلاً . وكما كثرت الميكروبات وما يصحبها من المواد المغذية لها كالصديد أو الدم كلما قصر

(١) وطبقاً لاحصائيات مختلفة قرر الاتي اسمائهم مددا مختلفة فنسلا فينجر لاحظ في ثلاثة ارباع حالاته ان دور الحضانة يتراوح بين ٣ و ٧ أيام ، وقد تمتد دور الحضانة لمدد مختلفة . فوتهام لاحظ امتداده الى ١٢ يوماً . وشورب ١٤ يوماً . وماكس جوزيف ١٥ يوماً . وبيرنيه ٢٠ يوماً . ودرابر ٢١ يوماً الى خمسة أسابيع .

دور الحضانة بما يستعمله الشخص من المطهرات عقب التعرض للعدوى . إذ لوحظ ان بعضهم يلجأ لبعض طرق الوقاية غير الجدية فيستعمل مطهرًا لا يقتل كل الميكروبات فتطول مدة الحضانة ولا تظهر أول أعراض المرض الا بعد ١٠ أو ١٥ يومًا . ولا يفين عن ذهن القارئ ان دور الحضانة يتأثر أيضًا من نوع الميكروبات إذ لا بد ان يكون بعض هذه الميكروبات قويًا فتاكا بسرعة وبعضها ضعيفًا بطيئًا .

السيرون الحاد

السيرون مجرى البول الامامي (جونوريال انثريور يوريثريتيس) : هو التهاب مجرى البول من الفتحة الامامية للقضيب الى العضلة القابضة (كومپريسور يوريثري) .

فبعد مرور مدة الحضانة تبتدى أعراض السيلان تظهر ، فيشعر المريض كأن شيئًا (يشك زى الابر) يضايقه داخل طرف القضيب الامامى ، وبعد ذلك يشعر (بحرقان) و (أكلان) عند التبول ، و يبتدى يلاحظ افرازًا يظهر على فتحة القضيب لونه مائى مخاطى ، ويشتد الألم عند التبول شيئًا فشيئًا ويتغير لون الافراز الى مخاطى أبيض الى مخاطى أصفر الى أصفر صديدى الى أصفر أخضر صديدى ، ويصير سميكًا لزجًا ويترك بقعًا لونها أخضر رمادى أو أصفر على ملابس المريض . ومن كثرة الألم يتحاشى المريض التبول فيكثر البول فى المثانة ، ويشعر المريض بثقل فى منطقة المثانة ويضطر للتبول حالا ، ولوحظ ان حالة المرضى النفسية عند أول أصابة بالسيلان تكون حالة مزعجة لأنهم يصابون عادة بهذا المرض فى سن الشباب وكثيراً ما يصابون به بين الخامسة عشر والعشرين من عمرهم فيضطرب الواحد منهم اضطراباً شديداً ولا يدرى كيف تنتهى حالته ، ويصاب بأرق شديد ، وأحياناً ترتفع درجة الحرارة عند المريض الى ٣٩° أو ٣٩.٥° وتضمحل صحته العمومية . أما ما يلاحظ على الاعضاء نفسها

فينحصر في أن فتحة القضيب الامامية تكون محمرة ومتورمة قليلا ، وإذا كانت القلفة موجودة فتكون محمرة قليلا أيضا ، وأحيانا يصاب سطح القلفة الداخلى ونفس حشفة القضيب بالتهاب (بالانيتيس) من التهييج المستمر بالافرازات السيلانية ، وإذا أرجع الطبيب القلفة قليلا وكشف حشفة القضيب فيرى افرازا أصفرا يختلف قليلا في لونه عن لون (المدّه) التى تخرج من القضيب . وأحيانا تتورم الأوعية الليمفاوية التى على ظهر القضيب قليلا ويشعر بها الطبيب عند الفحص كخيوط (الدوبارة) ممتدة على طول القضيب . وأحيانا تلتهب أجزاء من هذه الاوعية فى نقط متقاربة التهابا أكثر من الالتهاب الموجود على طول الاوعية فتتكون بذلك اكياس صغيرة مملوءة بالصديد يعطونها اسم (بيوبونولى) ، وتلتهب الغدد الليمفاوية على جانبي القضيب فى حذاء رباط يوبارت وتتورم وتكون مؤلمة قليلا بعكس حالتها فى تورمها من الزهري . وأحيانا يزيد الالتهاب فى بعضها فتورم جدا ويعطون هذا الورم اسم (جونوريال بيوبو) ، وكما تقدم الالتهاب تكون صديد داخل هذا الورم وصار مؤلما جدا ، ويكون لون الجلد فوق سطحه أحمرًا ملتهبا ، وقد لوحظ ان وجود ميكروب السيلان فى الصديد الموجود فى هذه الاورام قليل . وأحيانا يتورم جلد الصفن أى الكيس (سكروتم) ويكون أحمرًا قليلا مع عدم وجود التهاب بالخصيتين . ويعتقد (بوشكه) ان هذا ينتج من تأثير السيلان نفسه .

وأحيانا يزداد الالتهاب من كثرة الاعتاظ (الانتصاب) الذى يحدث عند بعض الاشخاص فيتسبب عنه احتقان شديد فى القضيب كله وخصوصا سطح مجرى البول المخاطى ، وهذا الاحتقان يساعد على استمرار الالتهاب وشدة . وتصل شدة الالتهاب أحيانا لدرجة يحصل فيها نزيف دموى من سطح مجرى البول . ولوحظ ظهور القضيب بشكل مقوس قليلا من بعض التغيرات النهائية فى مرونة حائط مجرى البول ، ويظهر هذا التقوس بوضوح عند الانتصاب ويعطون حالة مجرى البول حينئذ اسم كوردا فينيريا . ويستمر المرض فى تقدمه اللهم الا اذا ابتدئ العلاج فتحسن الحالة طبعاً طبقاً لنوع العلاج ويوم ابتداء العلاج واتباع المريض لكل التعليمات اللازمة لتسميم الشفاء . وفى اعتقادى ان الواجب على كل من يصاب بالسيلان الاسراع فى استشارة الطبيب

بقدر ما تسمح ظروفه لأن التأخر في علاج السيلان لا يأتي إلا بتعريض المريض لانتشار الداء داخل مجرى البول وربما عرضه لانتشار المرض لمجرى البول الخلفى وفي هذه الحالة تطول مدة علاجه . ولتذكر المرضى أنهم كلما يتأخرون يوماً واحداً في ابتداء العلاج فهم يزيدون المدة اللازمة لشفائهم اسبوعاً كاملاً مع أن من يبتدئون العلاج أول أو ثانى يوم لظهور الاعراض الاولى يتم شفاؤهم في مدة تتراوح بين ٤ أو خمسة أسابيع . نعم يحصل أحياناً ان يتم شفاء مريض في ١٥ أيام فقط ولكن هذا قليل .

السيلان بمجرى البول الخلفى (جونور يال پوستير يور يور يثريتيس) هو التهاب مجرى البول من أول العضلة القابضة الى فتحة هذا المجرى في المثانة ويشمل جزء مجرى البول داخل الغشاء (ديافرام) وجزء مجرى البول داخل البروستاتا (٦٥ في رسم نمرة ٥٠) . لما يتقدم المرض في مجرى البول الامامى ويهمل المريض العلاج أو لا يعالج نفسه تصل العدوى بالامتداد على سطح مجرى البول أو بالامتداد في الاوعية الليمفاوية الى مجرى البول الخلفى . أما ما يساعد على انتشار المرض بهذا الشكل فهو ضعف الجسم العام أو شدة الإصابة أو تعدد الإصابة بسيلانين أو ثلاثة حادة متوالية أو استعمال المرضى كثيراً من الخمر أو افراط المرضى التناسى كأن يجامع مريض بالسيلان الحاد مرات متوالية في ليلة واحدة . وهو لم يتم شفاؤه بعد . أ وكأن يهيج مريض نفسه تهيجاً شهوانياً بحضور التمثيل الساقط أو مطالعة الكتب المحرصة على الرذيلة ... الخ .

وأحياناً يحصل ذلك بدون ذنب للمرض أو المريض بل من العلاج السيء الذى يقوم به بعض الاطباء إذ يدخلون آلاتهم الطويلة كالتساطر وغيرها في مجرى البول الامامى والخلفى بدون اتخاذ الاحتياطات اللازمة لمنع نقل العدوى من الامامى الى الخلفى . ولما تصل العدوى لأى سبب الى الجزء الخلفى يبتدىء المريض يشعر بثقل أو سخونة في منطقة المثانة ويشير لذلك بيده عند العانة . ويشعر انه يريد ان يبول كل ١٠ أو ١٥ دقيقة . وكما ينبول لا ينزل الا مقداراً قليلاً من البول . ويختلف هذا الشعور برغبة التبول عما يشعر به المريض بمجرى البول الامامى إذ ان هذا يمنع نفسه

من التبول تحاشياً من (الحرقان) الذى يشعر به كلما تبول فتمتلئ المثانة بالبول الذى يضغط على حوائط المثانة فيضايقه فيبول دفعة واحدة وينزل مقداراً كبيراً من البول فيشعر بارتياح . واما فى التهاب المجرى الخلفى فهو يشعر بتضايق مستمر ويتبول كل ربع ساعة مقداراً صغيراً من البول . ومن كثرة الانقباض الموجود بالسطح المخاطى لمجرى البول الناتج من الاحتقان الشديد يحدث أحياناً ان ينزل المريض نقطة من الدم فى آخر البول . وأحياناً يزيد هذا الانقباض ويصل تأثير الاحتقان والالتهاب للمعضلة القابضة أو بحركة انعكاسية تتأثر أعصاب هذه العضلة فتقبض انقباضاً تاماً فلا يتمكن المريض من اخراج البول الموجود بالمثانة لوجود هذه العضلة فى طريقه فيحصل انحباس فى البول (ريتينشيو يورينى)^(١) وتمتلئ المثانة ويتضايق المريض جداً بل ويتألم . ويستمر هذا الانحباس يوماً أو يومين وتصير حالة المريض سيئة جداً وترتفع درجة حرارته وبعد ذلك تكون العضلة القابضة تعبت جداً فترنحى دفعة واحدة فيخرج البول بشدة واندفاع ، وربما يعقب خروج البول بهذه الشدة نزيف داخل المثانة من تخفيض قوة الضغط الداخلى فجأة . وأحياناً يذهب هذا الانحباس تدريجياً إذ يتمكن المريض من انزال البول فى شكل خيط رقيق لما يحصل من ارتخاء قليل فى العضلة القابضة . وأحياناً يذهب هذا الانحباس حالاً بعد مرور بضع ساعات .

ويكون التهاب مجرى البول الخلفى مصحوباً بالتهاب البروستاتا فى اكثر الاحوال ولذا يجب فحص البروستاتا جيداً فى كل حالة مجرى بول خافى .

وأحياناً لا يظهر التهاب مجرى البول الخلفى الا وتكون مضاعفات ثانوية أخرى كثيرة ظهرت مثل التهاب الخصية أو البربخ . وأحياناً تظهر مضاعفات ثانوية عند ابتداء علاج مجرى البول الخلفى ، ويحصل هذا لما يتبدىء الاطباء علاج هذا المجرى بشدة وأهم هذه الاعراض هو التهاب حاد بالخصية أو بالخصيتين يعقب استعمال الآلات المعدنية بدون عناية أو بجهل طرق استعمالها .

(١) لاحظ فينجر واواتزمان وغيرهم ظهور الزلال بمقدار يذكر يبول به بعض المرضى الذين يصابون بهذا الانحباس البولى . والزلال المقصود هنا ليس الزلال السيلانى بل الكلوئ .

وأحياناً يزورنا مريض ويشكو من أعراض تشبه أعراض التهاب مجرى البول الخلفى ، وهو فى الحقيقة من المرضى العصبيين الذين يتصورون انهم بائسون ومصابون بهذا الالتهاب لأنهم اصابوا مرات متوالية بالسيلان وعولجوا جيداً ولكنهم يرغبون فى اعتقاد انهم عندهم سيلان شديد فنشخص حالتهم كسيلان فى مجرى البول الامامى فقط ومصحوب بأعراض (نوراستينيا السيلان) . وللتمييز بين الحالتين نذكر القارىء انهم يذكرون التبول كل ربع ساعة . ولكن اذا سألتهم هل يحصل ذلك فى الليل أيضاً وهل يقومون من الفراش للتبول فيقولون « لا » ، وهذا يثبت انهم لحالتهم العصبية المضطربة يتبولون مرات متوالية فى النهار ، وأما ليلاً فهم لا يتبولون لعدم وجود حالة مرضية توقظهم من نومهم ، وبما انهم نيام فلا تأثير لاعتقاداتهم الوهمية عليهم .

وأحياناً يوجد التهاب مجرى البول الخلفى ولا يلاحظه المريض كلية بل نكتشفه بعاداتنا صدفة .

تشخيص السيلان الحاد — يسأل المريض عن آخر جماع أتاه فيذكر عادة زمناً قصيراً كيومين أو ٣ أو ٦ أيام ، ويذكر ظهور الافراز الصديدي من يومين ، ويذكر باقى الأعراض التى ذكرناها ، ولكن أحياناً ينكر بعض المرضى الجبهة خصوصاً السيدات أو الآنسات اذا اصبين بالسيلان انهن جامعن أى شخص ويمتهدن فى افهامنا — كما لو كن يكلمن أزواجهن أو أقاربهن — ان هذا المرض أتاهن من البرد أو غيره ، وفى هذه الحالة يمكن الطبيب الاكتفاء بنتيجة الفحص الذى قام به شخصياً . وأما فى الحالات المهمة لموقف عائلى أو قانونى فيمكن الطبيب الاستقصاء الكافى للوصول لسبب العدوى . وبفحص المريض ترى فتحة القضيب محمرة ... الخ وترى افرازات السيلان على القضيب ، وأحياناً لا ترى ، ولكن يلاحظ الطبيب وجود بقع صديدية على (لباس) المريض .

طريقة التلمس — يطلب من المريض أن يتبول فى كأسين نظيفين (١)

(١) طريقة تومبسون: وتعمل هذه الطريقة عادة لتشخيص الحالات الغير الدقيقة أو التى يظهر تاريخها انها حالة حديثة ولكننا نتصح بعدم الاكتفاء بها فى تشخيص حالات السيلان المزمنة .

ويتبول المريض عادة مقدار ٥٠ الى ١٠٠ جرام بول في أول كأس والباقي في ثانی كأس . فاذا ظهر البول غير رائق في اول كأس ورائق تماماً في ثانی كأس فتكون الحالة التهاب مجرى البول الامامی فقط . واذا كان الكأس الثانی غير رائق فتكون في اکثرية الحالات حالة التهاب مجرى البول الخلفی^(١) . وليلاحظ القارئ انه اذا أراد اتباع هذه الطريقة فيجب أن يكون المريض مستعداً أي انه لا يتبول قبل زيارة الطبيب بمقدار ٣ أو ٤ ساعات .

(طريقة الثمرات كاسات) : توجد طريقتان لفحص البول بالثلاث كاسات .

(١) يتبول المريض في ثلاث كاسات . فاذا كان الاول فقط غير رائق فتكون الحالة التهاب مجرى البول الامامی . واذا كان الاول والثانی غير رائقين فتكون الحالة التهاب مجرى البول الامامی وقد تكون حالة التهاب بالمجرى الخلفی أيضاً . واذا كانت الثلاث كاسات غير رائقة فتكون حالة التهاب مجرى البول الامامی والخلفی والتهاب بالمثانة أيضاً . وهذه طريقة تقريرية في التشخيص والحكم فيها هو الفحص البكتريولوجی ، وهذا المبدأ ينطبق على جميع طرق الفحص بالنظر طبعا .

(٢) هذه هي طريقة أدق من السابقة وتعمل لمعرفة ما اذا كانت الپروستاتا ملتهبة أيضاً أم لا . وطبعاً تعمل اذا وجدت الپروستاتا في حجم طبيعي وبتدليکها لم يشعر المريض بألم قط . لأن بعض حالات التهاب الپروستاتا لا يظهر فيها ورم أو ألم بهذا العضو ولذا نلجأ لهذه الطريقة لتشخيصها : يتبول المريض مقدار ٥٠ أو ٦٠ جراماً من البول في كأس ثم يتبول مقدار ٣٠ الى ٦٠ جرام من البول الباقي في كأس ثانی

(١) هذا هو رأي فينجر وبوزنر وشولتز الذين يعتقدون ان الصديد الذي يكون بمجرى البول الخلفی يدخل بواسطة حركات العضلات في المثانة . ولذا فهم يقولون اذا كان الكأس الثانی به بول معكر فيكون سلامة على وجود التهاب بمجرى البول الخلفی ، وطبعاً اذا كانت المثانة ملتهبة أيضاً فيكون البول بالكأس الثاني معكراً ايضاً ولكنه يكون معكراً جداً نسبياً . واما (ماتزيناور) و (بوشكه) فيعتقدان ان الصديد الموجود بمجرى البول الخلفی لا يرجع للوراء ولا يدخل المثانة بل يتقدم الامام ويدخل مجرى البول الامامی ، ولذا فانهم يقولون ان الكأس الثاني اذا كان معكراً هذا يكون دليلاً على ان المثانة أيضاً ملتهبة ولكن توجد حالات يكون فيها الكأس الثاني رائقاً ويكون بها التهاب بمجرى البول الخلفی وهذا هو اعتقاد المؤلف ايضاً .

ويترك باقى البول بالمثانة . ويعمل الطبيب تدليكا للبروستاتا باصبعه الذى يدخله من فتحة الشرج أو بواسطة مجس البروستاتا ، فيلاحظ افرازات البروستاتا نازلة من فتحة القضيب الامامية كنقط نصف لبنية فى لونها . ولكن أحيانا لا تكون هذه الافرازات كثيرة فلا يرى منها شيئا خارجا بل تكون كلها داخل مجرى البول ، فلما ينتهى التدليك يطلب الطبيب من المريض أن يبول مقدار البول الباقي بالمثانة فى الكأس الثالث ، وهذا البول يحوى طبعاً افرازات البروستاتا التى تكون خرجت فى مجرى البول أو ذهب قليل منها للمثانة . ويكون لون البول معكراً ، فيرسب ويؤخذ الراسب ويفحص . وفى بعض الحالات تكون المثانة ملتهبة ويراد فحص البول بطريقة (٣ كاسات) لمعرفة حالة البروستاتا جيداً . ولذا اتبع الطريقة الآتية : اطلب من المريض أن يبول كل البول فى كأسين فقط ، واغسل مجرى البول والمثانة بمحلول بوريك (٢٠ جرام فى ١٠٠٠ ماء) معقم مرات متوالية حتى يخرج المحلول المستعمل فى القسيل رائحة جداً فتكون المثانة ومجرى البول نظيفين طبعاً ، وبعدها أحقن مقدار ٦٠ الى ١٠٠ جرام محلول البوريك داخل المثانة واعمل التدليك للبروستاتا واطلب من المريض أن يبول فيخرج محلول البوريك وبه افرازات البروستاتا فأرسيها وافحص الراسب . ويستعمل بعضهم طريقة (٤ كاسات) ولكنها لا تقدم ولا تؤخر من الوجهة الاكلينيكية المحضة . هذه هى أهم طرق الفحص بواسطة الكاسات ، وطبعاً غنى عن البيان أن نذكر انه ولو ان هذه الطرق طرق تقريبية الا ان الاختصاصيين يمكنهم بالاختبار أن يحكموا منها على حالة تقدم المرض حكماً يقرب من الصواب فى دقته خصوصاً اذا لاحظوا ان البول يكون معكراً أيضاً فى حالات غير حالات السيلان . فمثلاً لما تكون الاملاح كثيرة عند بعض المرضى يظهر البول معكراً . ولكن لوحظ أن مثل هذه الحالات يظهر فيها البول معكراً فى أوقات ورائحة جداً فى أوقات أخرى . فمثلاً يتعكر جداً بعد أكل بعض انواع الخضر أو السمك ويكون رائحة بعد أكل أشياء أخرى . ويكون معكراً فى الصباح وفى العصر ويكون رائحة قبل الظهر وايلًا وهكذا . وعلى العموم يمكن كل طبيب معرفة ذلك اذا فكر قليلاً فى احتمال وجود أملاح . وقصارى القول كما اتنا لا نحكم على مريض أنه مريض بالسيلان لمجرد رؤيا افراز صديدي من

القضيب الا اذا فحصنا هذا الصديد ووجدنا به ميكروبات السيلان فكذا لا نحكم من شكل الكاسات الا اذا فحصنا رواسب هذه الكاسات فوجدنا الميكروب ايضاً. وايتذكر القارىء اننا أحياناً لا نعثر على الميكروب عند بعض المرضى ولو ان حالتهم سيلان محقق، ولذا فائنا نصر على هذا المبدأ وهو « اذا كانت الاعراض الاكلينيكية تثبت لنا ان الحالة سيلان ، ولا نجد الميكروب ، فنعيد التحليل مراراً حتى نعثر صدفة على ميكروب السيلان ، واذا لم نعثر عليه فنعالج الحالة كأنها سيلان ونعطى التشخيص كحالة التهاب بسيط بمجرى البول » . ولوحظ^(١) عدم ظهور الميكروب فى بعض الحالات فى أدوار المرض الأولية . ويرى بعض العلماء اننا اذا لم نجد ميكروب السيلان فى تحاليل متوالية فيمكننا أن نعتقد عدم وجود مرض السيلان . ولكننى أصر على المبدأ السابق لأننى رأيت فى حالات كثيرة صورة ميكروسكوبية لافرازات المرضى متشابهة فى الخلايا المتهبة وفى بعضها وجدت ميكروب السيلان ولم أجده فى البعض الآخر وبعد مرور وقت قصير أو طويل وجدت الميكروب عند من ظهرت افرازاتهم خالية منه أولاً .

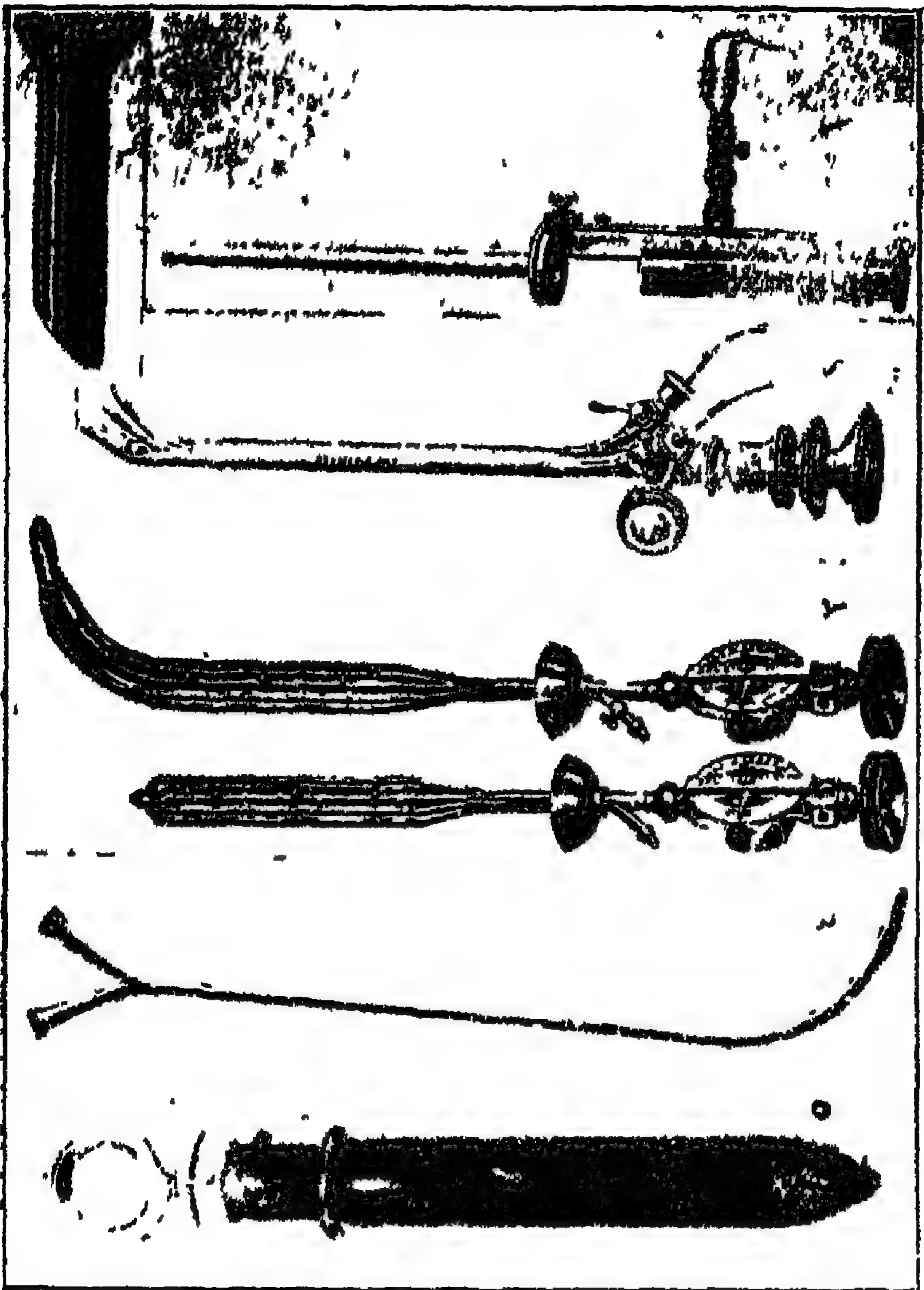
ويحصل التهاب فى مجرى البول من أشياء كثيرة غير السيلان أهمها العدوى بميكروبات بسيطة موجودة بالمهبل عند النساء . ويختلف هذا الالتهاب عن السيلان وتكون مدة الحضانه به تتراوح بين ٦ و ١٥ يوماً ثم بعد أخذ العدوى بالجماع . وتظهر الاعراض بالتهاب أخف فى وطأته من السيلان . ولوانه يحدث أحياناً أن تكون صورة الالتهاب البسيط أقوى من الالتهاب السيلانى . ولكن لوحظ ان هذا الالتهاب يشفى بسرعة وبأبسط علاج . وفى اعتقادى ان طبقة الاطباء الذين يدعون معالجة السيلان فى ٣ الى ٧ أيام فقط يقصدون بأدعائهم هذا حالات التهاب مجرى البول البسيط (سيمپل يوريثريتيس) وربما ظنوا من شفاء بعض المرضى بعيااداتهم ان علاجهم يشفى السيلان (جونوريا) مع ان كل غلطتهم هى ما يقعون فيه من الخطأ فى التشخيص . ولو أنهم فحصوا افرازات مرضاهم لما وجدوا ميكروب السيلان فى عينة واحدة من الحالات التى تشفى طبقاً لعلاجهم فى اسبوع واحد .

(١) نيدر ، و. برونز ، ومينجر ، وغيرهم .

ويحدث أحياناً التهاب في مجرى البول من استعمال أدوية في شكل محاليل لغسيل مجرى البول تكون قوية ومهيجة لأنسجة هذا المجرى الدقيقة . وقد كثر هذا النوع من الالتهاب الكيماوى بعد انتشار نظرية اتباع طرق الوقاية بعد كل جماع بسيدة . يحتمل أن تكون مريضة، إذ يستعمل المرضى محاليل مركبة بنسبة قوية ليضمنوا بذلك قتل الميكروبات . ولا يمكن أن أنسى حالة شاب عالجته من التهاب شديد حديث بمجرى البول ومصحوب بالتهاب الخصيتين الذى ألزمه الفراش ١٥ يوماً وكان فى حالة من الألم والعذاب لا تطاق نتيجة نصيحة «صيدلى» (واظنه مساعد صيدلى ولوجوده بالأجزخانة عند دخول الشاب للصيدلية ظنه صيدلياً) اعطاه محلول بريميجينات البوتاسا بنسبة (٥ فى المائة) ليحقق به نفسه عقب الجماع وقاية من السيالان ، وفى الواقع قد وقاه هذا المحلول من السيالان صدفة ولكنه سبب له التهاباً كيماوياً فظيماً على طول مجرى البول .

ونميز بين هذه الالتهابات المختلفة بمجرى البول وبين السيالان بتاريخ المرض ومدة ظهوره وطريقة تقدمه وصورة الالتهاب وشدة، وأخيراً بفحص عينة من افرازات المرضى لا نجد ميكروب السيالان فى كل هذه الالتهابات الأخرى . وأحياناً يزورنا مريض عنده التهاب قليل أس (حرقان خفيف) بمجرى البول ومصحوب بافراز قليل، وبفحص الافراز لا نجد ميكروب السيالان فنظن أولاً أن الحالة التهاب بسيط بمجرى البول ، وبعد معالجة المريض زمناً قليلاً أى ٣ أو أربعة أيام لا نجد تحسناً فنضطر لفحص مجرى البول بآلة فحص مجرى البول (يوريثروسكوب) الكهربائية فنجد طفحاً من نوع (التقرحات) داخل المجرى . وتنصح بهذه المناسبة بعدم استخدام هذه الآلة أكثر من مرة واحدة فى حالات السيالان الحاد لأن ادخالها بالقضيب يهيج المجرى وربما دفعت اماءها بعض الافرازات لداخل القضيب فتسبب فى امتداد العدوى ميكانيكياً . وعلى العموم يجب تطهير مجرى البول جيداً قبل ادخال هذه الآلة بحلول مطهر ساخن . وأما فى السيالان المزمن فاستخدم هذه الآلة عند اللزوم كما تريد .

وأحياناً يوجد افراز من مجرى البول ولكنه افراز مصلى أو مصلى دموى وهذا يكون ناتجاً عادة من وجود قرحة زهرية بالمجرى ، ولا توجد مشقة فى تشخيص هذه



(رسم نمرة ٥٧) (١) آلة فحص مجرى البول أو منظار مجرى البول (يوريشوسكوب)
 (٢) آلة فحص المسانة (سيسوسكوب) (٣) موسع مجرى البول للعلامة كولمان
 (كولمانز ديليتور). واحد مستقيم وواحد مقوس (٤) قسطرة بفتحتين لأدخال
 وإخراج المحاليل بالمائة (٥) حقنة زجاج بطرف مخروطي الشكل لعمل حقن الغسيل
 للسيلان (٦) منظار المهبل (فاجينوسكوب) من النوع الاسطوانى الشكل ويجهز من
 الزجاج أو الالبنوس أو المعدن.

الحالات اذا تذكر الطيب جيداً ماقلناه في باب الزهري عن هذا الموضوع . ولحسن الحظ ان اكثر القرح الزهرية التي تصيب مجرى البول تكون على فتحة القضيب أو بالقرب من فتحة القضيب . وأحياناً توجد قرحة رخوة يتسبب عن وجودها ظهور افراز صديدي ولكن اذا فحست فتحة القضيب الامامية فلا ترى ملتهبة ومحمرة ومتفخة بل ترى بشكلها العادي وحاقتها منطقة على بعضها ، واذا فحس الافراز فلا توجد به ميكروبات (سترپتو باسيل) التي تتسبب عنها القرحة الرخوة ^(١) . وأحياناً توجد حالات بها سيلان وقرحة رخوة أو سيلان وشانكر أو الثلاثة معاً وتشخيص هذه الحالات دقيق ولكن يسهل اذا فحست الحالة بيد طيب يمكنه أن يميز بين مميزات هذه الامراض وأعراضها . وأحياناً توجد حالة بها افراز صديدي وورم بالقلقة أو ورم والتهاب بحشفة القضيب وفي مثل هذا الموقف يجب عمل مكدمات ساخنة حتى يخف الورم وإلا فيجوز عمل عملية شق القلقة أو بتر القلقة - الحتان (الطهارة) - حتى يسهل تشخيص الحالة أولاً ويسهل العلاج ثانياً .

وقبل وصف العلاج نستحسن أن نذكر القارىء بأن ماسبق وصفه هو الصورة العادية التي يظهر فيها السيلان الحاد ولكن أحياناً يصاب المريض بعد ظهور السيلان بثلاثة أو ٥ ايام بالتهاب الخصية أو الخصية أو البربخ وأحياناً ونادراً يصاب المريض بمضاعفات ثانوية بسرعة مزعجة واذكر هنا حالة غريبة :-

دخل المستشفى شاب في الثانية أو الثالثة والعشرين من عمره أصيب بالسيلان قبل دخوله بخمسة أيام وظهرت عنده اعراض التهاب مفصلي (ارثريتيس) بالرند، وبعد ان مكس يومين يعالج بالمستشفى ظهرت عليه اعراض التهاب عضل القلب (ميوكارديتيس)، وبعدئذ ظهرت اعراض التهاب غشاء القلب (بيريكارديتيس) واستمرت المضاعفات السيلانية تظهر متتابعة فالتبت مفاصل اخرى، وكانت اقسام المستشفى الاخرى مشتركة في معاملة هذه المضاعفات حتى شفى منها جميعها وبقي عنده التهاب مفصلي عوّل منه بالجهازات الكهربية وغيرها حتى شفى.

وقبل ترك هذا الباب ، نذكر للقارىء شيئاً عن القرح السيلانية التي قد يستغرب وجودها مع انها وحدة قائمة طبيّاً قد يجهلها كثير من الأطباء ولها قيمتها الفنية :-

الشانكر السيلاني

(جونوريال شانكر)^(١) أو القرحة السيلانية.

ينتج أحياناً عن الالتهاب السيلاني بعض تقرحات سيلانية قد تمر على الطبيب بدون أن ينتبه لها ، وأحياناً يتنبه الأطباء لمثل هذه التقرح ولكنهم يظنون - لوجودها على الأعضاء التناسلية للذكور والإناث - أنها قرح زهرية أو قرح رخوة ، والحقيقة أنها قرح سيلانية ناتجة عن تهيج الأغشية المخاطية في هذه الأعضاء بواسطة الالتهاب السيلاني . وقد لاحظت مثل هذه الحالات من عدة سنوات وكانت هذه الملاحظة سبباً في استياء كثيرين من الرؤساء في بعض المستشفيات ، وأصررت على التشخيص الذي اقتنعت به اقتناعاً تاماً ، وسأذكر للقارىء بعدئذ حالتين تقدمان له الدليل القاطع على صحة التشخيص . وقبل ذكر هاتين الحالتين نطلع القارىء على أنواع الشانكر السيلاني :-

أنواع الشانكر السيلاني

للشانكر السيلاني أنواع تختلف في شكلها طبقاً لطريقة نموها الباثولوجي وطبقاً لمكان نموها من الجسم ولنوع ميكروب السيلان الذي يتسبب في نموها وطبقاً لحالة ضعف جسم المريض وقوته :-

(١) الشانكر السيلاني المتأكل

« جونوريال ايروست شانكر »

هو تقرح على السطح المخاطي لمجرى البول عند الذكور ، ويتخذ في تقرحه لوناً أحمر أو أحمر أو رمادياً ، ويكون أحياناً منتظماً في تقرحه ، ولكنه في أكثرية

(١) Le Chancre blennorrhagique.

وهو تعبير عن وجود قرحة سيلانية ، ولفظة « شانكر » هنا لا علاقة لها بالشانكر الزهري ، وإن هي إلا عبارة عن قرحة ناتجة عن الالتهاب السيلاني ، ولذلك وضعنا بجوار لفظة الشانكر لفظة القرحة السيلانية . وإذا قلنا « شانكر » فقط فمعناها في كتابنا قرحة زهرية .

الحالات يكون غير منتظم في شكل تقرحه، فيمتد لجهات مختلفة طولاً أو عرضاً، ولكنه لا يكون عميقاً في تقرحه بل يكون سطحياً، ويظهر في أكثرية الحالات على حشفة القضيب أو عند فتحة القضيب الأمامية عند الذكور، ونادراً لما يظهر داخل مجرى البول. وكثيراً ما تظهر هذه التقرحات السيلانية عند الأشخاص الذين يحملون « القلمة » كما هي بطبيعتها على القضيب^(١)، وخصوصاً في حالات الالتهاب السيلاني الحاد المصحوب بافرازات صديدية قوية. وفي حالات الالتهاب السيلاني الحاد الشديدة عند النساء تكثر مثل هذه القرحة السيلانية أيضاً كما سندكره بعدئذ.

(٢) الشانكر السيلاني المنشق

« جونوريال فيشيورال شانكر »

يكثر ظهور هذا الشانكر عند فتحة القضيب الامامية، وخصوصاً في أسفل الفتحة، ولاحظت ظهور هذه القرحة في آخر الحفرة الزورقية من داخل القضيب في حالات الالتهاب السيلاني الحاد المصحوب بكثير من الافرازات الصديدية. ويندر جداً ظهور مثل هذه القرحة داخل مجرى البول عند الذكور، ولو انه يكثر ظهور مثام عند الاناث كما سيأتى بعدئذ.

(٣) الشانكر السيلاني المنقرح

« جونوريال الصيراتيف شانكر »

هو عبارة عن قرحة سيلانية متقرحة تشبه في شكلها الخارجى القرحة الزهرية المتقرحة المذكورة في صحيفة ٤٦ ولكنها ناتجة عن الالتهاب السيلاني. وسندكر في باب التشخيص طريقة التمييز بينها وبين القرحة الزهرية.

(١) اى الذين لم تعمل لهم عملية « الطهارة Circumcision »

(٤) الشانكر السيلاني الثعباني

« جونوريال سيربيچينص شانكر »

يكثر ظهور هذه القرحة عند النساء - كما سيأتي بعدئذ - عنه عند الرجال ، وذلك يعود الى تعرض الأعضاء التناسلية عند الاناث بكثرة لتأثير ميكروب السيلان يفوق تعرض الأعضاء التناسلية عند الذكور لتأثير ميكروبات السيلان ، وذلك لأن السطوح المخاطية المعرضة للعدوى عند الاناث اكبر مساحة وأوسع حجماً عند النساء عنها عند الرجال . وسنذكر ذلك عند الكلام عن هذا الشانكر عند النساء ، ولكن هذا لا يمنع من أن نقول ان مثل هذا الشانكر كثير الحدوث عند الشبان من الذكور .

المضاعفات الثانوية للشانكر السيلاني

اذا ما ظهرت قرحة سيلانية فقد تظهر لها - وغالباً يحدث ذلك - مضاعفات ثانوية تحتاج لعناية الطبيب المعالج ، وأهم هذه المضاعفات الثانوية تكون كما يأتي :-

- (١) التهاب الغدد الليمفاوية المجاورة للقرحة .
- (٢) التهاب حاد - ناتج عن العدوى السيلانية أو عن عدوى سيلانية وثانوية ميكروبات أخرى - في جميع الغدد الجسمية أو بعضها . وهذا النوع من المضاعفات الثانوية ينتج عنه حالات سيلانية خطيرة قد تقود لتشويه كثير من الأعضاء أو قد تقود لتشويه البعض من الأجهزة الحيوية أو قد تقود للموت نفسه خصوصاً في حالات ضعف بنية المرضى بالسيلان .

تشخيص في حالات الشانكر السيلاني

لتشخيص القرحة السيلانية - أو مانسميه الشانكر السيلاني - يجب أن نتخذ كل حيلة لحماية مرضانا من تشخيص يعرضهم خطأ لعلاج سيلاني لا محل له ، وقد يعرضهم لحرمانهم من معالجة قرحة زهرية أو قرحة رخوة في الوقت المناسب لأنهم وضعوا تحت رحمة علاج قرحة سيلانية وقد تكون غير سيلانية بل تكون زهرية أو قرحة رخوة .

ولتشخيص مثل هذا القرحة السيلانية يجب مراعاة الآتى :-

(١) دراسة تاريخ الحالة المرضية دراسة ايكلمية دقيقة .

(٢) فحص عينة من القرحة فحصاً بكتريولوجياً دقيقاً ، وفحص عينة يجب اتخاذ الاحتياطات الآتية :-

(١) غسل القرحة (المظنون انها سيلانية وقد تكون غير سيلانية) جيداً بماء مقطر .

(٢) أخذ عينة من القرحة بحيث تؤخذ العينة من تحت القرحة كحماً جيداً لسطحها العميق ، لأن أخذ عينة من القرحة سطحياً قد يعطى نتيجة ايجابية لميكروب السيلان ، مع أن الحالة قد تكون قرحة رخوة أو قرحة زهرية ولكنها تعرضت للعدوى بميكروب السيلان في سطحها .

(٣) ونحن نصر شخصياً على تعقيم سطح القرحة بكل الطرق التعقيمية الممكنة ، ثم نكحت القرحة ، ونأخذ منها عينة ، ونفحصها بكتريولوجياً للتحقق من وجود ميكروب السيلان أو غيره من الميكروبات الأخرى ، وعند التحقق من وجود ميكروب السيلان وعدم وجود غيره من الميكروبات التى تسبب قرحة مماثلة ، وبعد فحص الدم سيولوجياً بالنسبة للزهرى ، ومع معرفة تاريخ الحالة السيلانية ، نشخص الحالة كقرحة سيلانية .

وسأذكر للقارىء تاريخ الحالتين اللتين وعدته بهما ، وعندى من مثل هذه الحالتين الكثير ولكننى أكتفى بهما كحائين لما يلاقيه الطبيب فى عمله اليومى الذى قد يكون دراسة طويلة لغيره ممن لم يروا مثله هذه الحالات المرضية .

الحالة الأولى :-

م . بك ح . عمره ٤٦ سنة متزوج وله زوجتان ، ٣ أطفال من الزوجة الأولى ، لا أطفال من الثانية ، الزوجة الثانية ستطان (أى اجهاض فى سن الشهر الثالث أو

الرابع من الحمل) وولادة واحدة مشوهة . ثم جماع مع ممثلة ، وبعد ٣٦ ساعة تقريباً سيلان حاد : افراز صديدي والتهاب وحرقان ، ثم التهاب بالقضيب ، ثم تقرحات بفتحة القضيب من الجهة السفلى للفتحة .

تخيص - التاريخ - زهرى فى شكله وتفصيله ، وبفحص العينات اللازمة سيولوجيا وبكتيريولوجيا : اتضح أن المريض مصاب بالزهرى حقاً ، ولكن القرحة التى كانت سبباً فى فحصه كانت نتيجة عن مرض السيلان لأنها كُتبت فوجد بها ميكروب السيلان ، وعولجت كقرحة سيلانية - مع وجود التاريخ الزهرى - وشفيت بدون علاج الزهرى .

الحالة الثانية : -

ز . هانم م . متزوجة ، عمرها ٣١ ، لا أطفال لها لأن زوجها مصاب بالعم ، أعضاؤها التناسلية جميعاً عادية ليس بها أى مرض يمنع الحمل . أصيبت بمرض السيلان الحاد لعلاقة غير شرعية (بعد زواج لمدة تتراوح بين ٥ سنين الى ٥ سنين ونصف) . واصابتها كانت حادة وشديدة جداً ، وسنشرحها تفصيلاً فى باب « مرض السيلان عند النساء » .

عبرج السيرة الحاد

نستحسن أن تنبه القارئ قبل وصف هذا العلاج الى أن ادعاء البعض المقدرة على علاج السيلان فى اسبوع واحد ادعاء باطل لأن أدوار الالتهاب الباثولوجية لا تسمح بتصوره قط . نعم يحدث أن تشفى بعض الحالات فى ١٠ أو ١٥ يوماً ولكن هذا نادر لا يعول عليه . واعتقد انه لا يمكن شفاء السيلان الحاد البسيط فى مدة تقل عن ٣ الى ٤ أسابيع^(١) بشرط أن يكون السيلان الحاد منحصراً بجري البول الأمامى ولا يكون مصحوباً بأى مضاعفات ثانوية .

(١) وقد قدر العلامة (برونز) هذه المدة من ٤ الى ٥ أسابيع .

أما العلاج فيتكون من تنظيم حياة المريض من راحة ومأكل ومشرب وغيرها ومن علاج طبي . فعند ما يصاب المريض بالسيلان يجب أن يرتاح راحة تامة في الفراش اذا أمكن ، ولكن هذا ليس متيسراً لكل شخص ، وعلى ذلك ننصح لكل مريض بالاقبال من الحركة بأن يسير في طريقه سيراً بطيئاً ولا يجهد نفسه في أي حركة قوية مثل السباق أو السباحة أو الرقص أو ركوب الدراجات أو الخيل (أما في الحالات التي يكون فيها السيلان الحاد مصحوباً بالتهاب الخصيتين أو البرنخ أو المثانة فتجب الراحة التامة في الفراش ، وننصح باستعمال الكيس الرافع — سوسپينسوريوم)^(١) . ولا يجوز للمريض أن يأكل إلا أكلاً سهلاً الهضم ومغدياً ويمتنع عن (الفلفل) و (الشطة) و (المستارد) وكل التوابل والماء كل الملح . ولا يشرب خمر قط ، ولو أن بعضهم هنا يحتاج علينا بأن الشعب في ألمانيا يستعمل (البيرة) كما نستعمل الماء للشرب هنا ، ولكن هذا احتجاج واهٍ لأن البيرة عندنا بها أكثر من ٣ الى ٥ في المائة من الكحول ليحفظها جيدة في الجو الحار . ويجب ان يمتنع المريض عن زيارة المراسح الساقطة المفسدة للاخلاق والمراقص وكل اجتماع ربما يتسبب عنه تهيج العواطف التناسلية نفسياً ، ويمتنع عن قراءة الكتب أو المجلات الساقطة ويتحاشى التطلع للصور والرسوم الشهوانية الموضوع . وبالاختصار يمتنع عن كل ما يسبب الانتصاب في العضو التناسلي . ويستحسن أن ينام المريض على فراش خشن أى على سرير مفروش بطبقة رقيقة من القطن و (ملاية الفرش) وتكون (مرتبة السرير) من الخشب وليست من (السلوك الهزازة) حتى لا تتسبب حرارة الفراش الوثيرة وحركات (السلوك الهزازة) من رفع درجة احتقان الاعضاء التناسلية لدرجة مضرة . ولتخفيف هذا الاحتقان ليمتنع أو يقل الانتصاب ليلاً لأنه مضر جداً بسير المرض يستحسن أن يبذل المريض مرة قبل النوم ولا يشرب سوائل كثيرة قبل النوم لأن امتلاء المثانة يزيد في الآم المريض بالسيلان . ويجب ايضاً أن نمنع الإمساك عند

(١) أحسن نوع من هذه الأكياس الرافعة هو (كيس نيسر) لانه يريح المريض جداً ويرفع الخصيتين جيداً .

المريض بمعنى انه اذا كان عنده امساك فيأخذ شربة سلفات الصودا مثلاً او مايشبهها او ما يكون اعتاد عليه من انواع «المسهلات» المتعددة الاخرى ، وأن لم يكن عنده امساك فيتحاشاه بأن يأكل كثيراً من الفواكه الطازجة، أو بشكل (مربات) قبل النوم فتساعد الامعاء على انهاء الهضم جيداً . ويجب تنبيه المريض الى أن يغسل يديه جيداً بالماء الجارى والصابون وبعدئذ يضعهما لمدة دقيقة أو دقيقتين فى محلول مطهر (مثلاً لينزول ملعقة بن فى لتر ماء) لتطهيرهما عقب أن يلمس اعضاءه المصابة لأى سبب أو اذا لمست أصابعه صديد السيلان صدفة ، لأنه اذا لمس عيونه بأصابع عليها الميكروب فيتعرض للرمد الصديدى وهو مرض خطر جداً على النظر (وننصح كل مصاب بالسيلان أن يستشير طبيب العيون حالا وبسرعة اذا لاحظ احمراراً او دموعاً تسيل من عينيه) ويمنع امتناعاً تاماً عن الجماع .

العلاج الطبى - يتركب العلاج الطبى من علاج داخلى وعلاج موضعى :-

(١) **العلاج الداخلى** يتركب من اعطاء المرضى أدوية تمر بالمعدة وتهضم وتمر فى الكلى وتخرج منها متحللة الى عقاقير مطهرة أو مسكنة لطريق البول من الكلى الى فتحة القضيب الأمامية مارة بالحالب (يوريتير) فالثانة (بلادير) فجرى البول (يوريثرا) . وغنى عن البيان أنها تفيد فى علاج السيلان ولكن استعمال هذه العقاقير وحدها لا يشفى ولا يمكنه أن يشفى حالة سيلان واحدة . وأهم هذه العقاقير هي الأدوية الآتية :-

زيت الصندل : يعطى كعشرين نقطة ٣ مرات يومياً ، ولكن طعمه ثقيل ولذا فهو يباع مجهزاً تحت اسماء تجارية أهمها (كابسول سانتال كنول) و (كابسول جونورول) و (كابسول سانتال ميدى) وأنا شخصياً أفضل استعمال مركب من (كافاهارتز ، وزيت سانتال) يباع تحت اسم (جونوزان) ، وهو أخف هذه التراكيب تأثيراً على الكلى . ولا بأس من استعمال كابسول (بليوتين) وهو دواء مركب من زيت الصندل وهيكساميتيلين تيترامين والكافور . ويوجد دواء مركب من (السالول وزيت الصندل) ويباع تحت اسم (سالو سانتال) كبضاعة المانية ، أو (سانتال سالوليه) كبضاعة افرنسية ، والاثنان الأخيران مطهران جداً إلا أن المعدة

تتأثر من استعمالها بدون احتياط كاف . وتوجد مجهزات كثيرة اخرى تحت اسماء متعددة نذكر منها « يوميكتين » و « أريول » و « سانتيل » . . . الخ والطبيب ان ينتقى منها ما يشعره بان هذا النوع او ذلك اصلح لمعدة وكل مريضه .

وأما الكيية وبلسم كيوييه فكانا يستعملان سابقاً قبل ظهور هذه المجهزات وأهمل الآن لما لهما من التأثير السيء على الهضم والكل ولا يستعملها الآن إلا الفقراء أو بعض الاطباء بالارياف .

وأهم الاملاح التي تستعمل وتعطى عادة كبرشام هو (يوروتروپين) ويباع كملح وكأقراص ، ويعطى في البرشام مع (بينزوات الصودا) أو (أسبيرين وقليل من الكافيين) حسب مقدار حموضة البول ورغبتنا في أدرار البول ، ويركب مع اشياء كثيرة نتركها لعلم الطبيب بباقي اصول الطب . وتوجد مركبات جاهزة اخرى تباع كأقراص أهمها (هيتراين) وهو ملح أبيض يعطى كأقراص كل واحد منها ٥٠ سنتي جرام ٣ مرات يومياً بعد الاكل ، وكيمياؤه (ديوكسي ينزول هيكساميتيلين تيترامين) ، وهو مفيد جداً كطهر ، وعيبه الوحيد هو انه يسبب صداعاً قليلاً واضطراباً بالمعدة ، ولكن اذا استعمل على مدد متقطعة ووقف يومين كل ٣ أيام فلا يسبب شيئاً يذكر . وأحسن منه الدواء الذي يباع تحت اسم (هيكسال) ويؤخذ كأقراص ٣ مرات يومياً وكل قرص مقداره جرام واحد . وكيمياؤه هي (سالفوأسيد ساليسيليك هيكساميتيلين تيترامين) وليس له عيوب (هيتراين) . وأخوه الجديد هو (نيوهيكسال) وله اكثر مميزاته ولا أعرف له امتيازاً عن أخيه . و (زيستوپورين) ويؤخذ منه ٦ أقراص يومياً . وأهم الأعشاب التي تغلى ويشرب ماؤها المغلى هي (أوقا أورسي) أي ورق عنب الديب ، يؤخذ منه مقدار ملعقة شورية وتغلى مدة ٥ الى ١٠ دقائق في لتر من الماء النقي ويوضع عليه قليل من السكر ويشرب منه المريض ٣ فناجيل كبيرة يومياً . وأفضل استعمال فنجالين من هذا المغلى وفنجالين من مغلى (شواشي الذرة) وتجهز هكذا : يؤخذ مقدار ما يملأ كفة الرجل من (شواشي الذرة) ويغلى في لترين من الماء النقي ويوضع عليه قليل من السكر أو يشرب هكذا بدون سكر . هذه هي عينة من الزيوت والاملاح والسوائل التي تستعمل من الداخل

وطبعاً ينتقى منها الطبيب ما تستلزمه كل حالة على حداثها . وليلاحظ اننا نستعمل الزيوت في ابتداء ظهور المرض لأنها زيادة عن تطهيرها لمجرى البول فهي تساعد على تخفيف الألم الذي يصحب المرض في أول أدواره ، ويمكن استعمال الاملاح مع أنواع (الكايسول) لزيادة تطهير مجرى البول ، وأما بعد مرور دور الالتهاب الشديد فيفضل استعمال بعض الاملاح المذكورة ويمكن الاستغناء عن استعمال هذه الزيوت اراحة للكلى من مشقة افراز هذه الزيوت . ويمكن استعمال (مغلى عنب الديب وشواشى الذرة) في أدوار الالتهاب الاخيرة إذ لا يجوز الاكثار من السوائل في أول ظهور المرض .

وأما اذا اشتكى المريض من آلام شديدة لا يطيقها فزيادة على استعمال هذه العقاقير يمكن اعطاؤه قليلاً من (المورفين) في شكل قمع (سوزيتورى) يلبس في الشرج ، وأفضل التذكرة الآتية (مورفين ١ سنتى جرام . خلاصة البيلاذونا ٢ سنتى جرام . زبدة كاكاو ٢ جرام . تصنع قمعاً واحداً . يلبس المريض قمعين يومياً عند زيادة الألم) . واذا كان الألم شديداً فيمكن حقن المريض بمحقنة (مورفين واتروپين) تحت الجلد .

واذا اشتكى المريض من الانتصاب الشديد المؤلم فيمكن اعطاؤه مزيجاً من بروميد البوتاسا أو الصودا أو ما يشبه من المسكنات ، ويجوز اعطاء مقادير صغيرة من الادوية المنومة مثل (فيرونال) أو (أدالين) وامثالها اذا كان الانتصاب أو غيره مؤلماً وقت النوم .

ونذكر القارىء بأن الزيوت والبلاسم التى تستعمل في معالجة السيلان تسبب أحياناً ألماً في منطقة الكللى ولذا يجب تنبيه المريض لذلك . وأحياناً تسبب تهيجاً كبيراً للكللى أو طفحاً جلدياً بشكل لطخ ابريشمية فيجب عند حصول ذلك منع المريض من أخذها ونصحها بأن يتعاطى مدة يومين أو ثلاثة أيام غذاءاً خفيفاً لبنياً .

(٢) **العلاج الموضعى** : يرى المؤلف ان يقسم العلاج الموضعى الى ٤

عمليات مهمة :-

- (١) تنظيف مجرى البول ميكانيكياً بالغسيل بأدوية غير قابضة (تون استرينجنت).
- (٢) تنظيف مجرى البول كيمياوياً وبأدوية مطهرة وقابضة نوعاً، و ثم بأدوية مطهرة وأكثر من السابقة في قبضها، ثم بأدوية مطهرة قليلاً وقابضة أكثر من السابقة وهكذا.
- (٣) معالجة القرحة - إذا نشأت عن التهاب السيلاني قرحة - معالجة موضعية.
- (٤) معالجة المضاعفات الثانوية التي قد تنشأ في بعض الحالات.

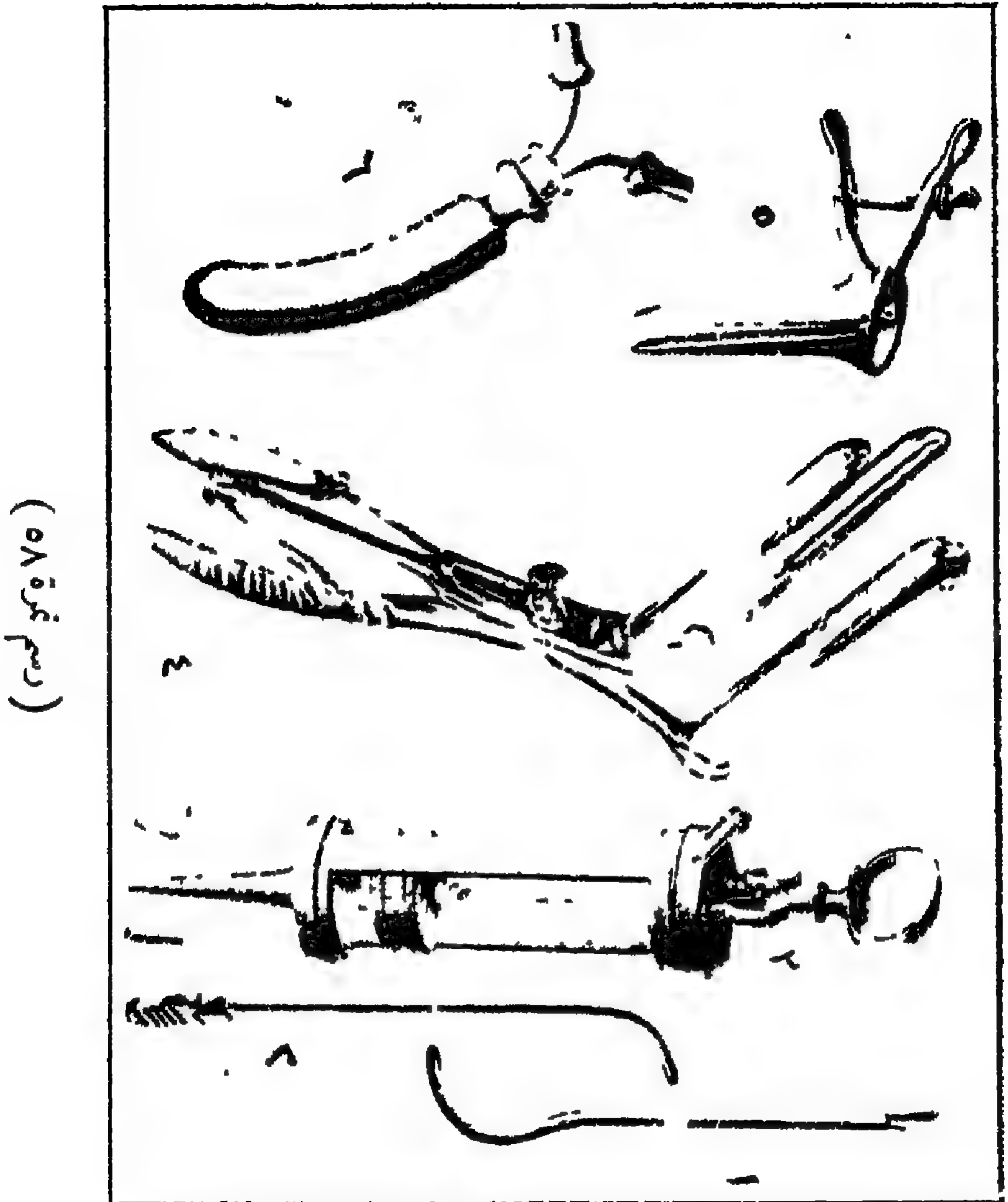
وقبل وصف هذه العمليات نرى ان تنبه الى نقطة مهمة في موقف الطبيب الذي كثيراً ما يسأله المرضى « في كم يوم أطيب يا دكتور ؟ » ويسألون هذا السؤال عادة في أول زيارة للطبيب فيكون موقفه حرجاً دقيقاً اذا كان مخلصاً في عمله ويكون بسيطاً جداً اذا كان ممن اعتادوا ان يجيبوا « في أسبوع واحد !! » لانه يتعذر جداً الحكم في حالات السيلان بالمدة اللازمة لتسليم الشفاء . لانه يحدث أحياناً ان تسير حالة السيلان سيراً بسيطاً ثم يصاب المريض فجأة بمضاعفات ثانوية كالتهاب الخصية مثلاً أو البريج ، أو يحدث ان يصل السيلان لمجرى البول الخلفي رغم عناية الطبيب في منعه من الوصول هناك ، لأن الميكروبات لا تصل اليه فقط بطريق الامتداد على السطح المخاطي بل ربما تصل اليه بطريق الاوعية الليمفاوية ولا يمكن الطبيب منعها من السير في هذه الاوعية في أول العلاج . وأحياناً تصاب فتحة القضيب الامامية بالتهاب جلدي كيموي من استعمال بعض انواع الغسيل لرقعة الجلد أو لوجود (إيدو سينكراسي) مخصوصة في احساس الجلد وأعصابه تهيجه من استعمال بعض أنواع الغسيل فنضطر لايقاف العلاج يوماً أو يومين حتى يذهب هذا الالتهاب ، فيتقدم المرض لاتنا عاجزين عن مقاومته لوقوف التهاب فتحة القضيب في طريقنا ولا كتفائنا في هذه الهدنة بمحاربة الميكروبات بالأدوية التي تعطى من الداخل وبالثاكنين وغيره مما سيأتي ذكره . وعلى ذلك نرى أن يجيب الطبيب مرضاه هكذا « تشفى حالتك في مدة تتراوح بين ٣ أو ٤ أسابيع اللهم الا اذا حدثت مضاعفات ثانوية أو تقدم المرض رغم العلاج » . وأما المرضى الذين يلاحظ عليهم الطبيب مزاجاً عصياً مضطرباً فاستحسن تسكينهم وتطمين خاطرهم بجواب كهذا « تقريباً في مدة شهر أو أقل أو أكثر » . ومن الجنايات التي لا تغفر أن يضحى الطبيب طرق العلاج

الفنية ويقصر مدة العلاج مكتفياً بإيصال المريض لدرجة من الشفاء حقيرة حيث يتمتع (الحرقان) ويمتنع الصديد (المدة) كما يفعل بعضهم في ٥ أو ٨ أيام ، بل يجب افهام المريض حقيقة مرضه جيداً ولو كان في ذلك تضحية (زبون) لا يسره علاج طويل ويفرح بعلاج قصير لأنه لا بد ان يستشير طبيباً آخر بعد وقت قليل ليعالج له سيلاناً مزمناً أوصله له الطبيب الذي لا يستعمل الا أدوية قابضة تمنع نزول الصديد . والآن نتكلم عن العمليات الأربع :-

(١) التنظيف الميكانيكي بالفسيل : لوجود التهاب حاد بمجرى البول يمنعنا من استعمال أى دواء قوى خوفاً من تهيج هذا السطح المخاطى الدقيق المتهب ولوجود صديد يجب أن نخرجه شيئاً فشيئاً من داخل (الماسوره) ننصح باستعمال أى محلول كحمن داخل الماسورة لنغسل السطح المخاطى جيداً غسلاً هو في الحقيقة ميكانيكى أى لا قيمة له في قتل الميكروبات . ونستعمل المحاليل الآتية :

البارجين (١ في ٣٠٠٠ أو ٤٠٠٠ ماء مقطر) . پروتارجول (١ في ٥٠٠ أو ٦٠٠) . پرمنجات البوتاسا (١ في ١٠٠٠٠) ولا بأس من استعمال ايشتيول (١ في ٣٠٠) أو خوليغال (١ في ٣٠٠) . وننصح بعدم استعمال محلول تترات الفضة في ابتداء التهاب مهما كان ضعيفاً لأنه محلول قابض أكثر من اللازم في هذا الدور ، ونحن نريد أن نغسل السطح المتهب غسلاً بسيطاً حتى أن بعضهم نصح باستعمال غسيل بالماء المقطر الساخن ، ولو أننا لا نوافق على ذلك لأن استعمال غسيل مطهر ضعيف أضمن جداً من الماء المقطر . وطريقة استعمال هذه المحاليل تتركب من عمليتين عملية يقوم بها المريض في منزله وعملية يقوم بها الطبيب بعيادته أو بالمستشفى . ففي الاولى يعطى المريض محلولاً في زجاجة يجهزها له عادة الصيدلى . فيسخن قليلاً من المحلول (أى مقدار ٤٠ جرام) ويضعه في كأس نظيف . ثم يتبول المريض ويملاً (حقنة السيلان) التي يستعملها^(١) ويدفع المريض المحلول في مجرى البول ويخرجه

(١) وننصح باستعمال حقنة مصنوعة من الزجاج حتى يسهل تطهيرها جيداً قبل استعمالها وأحسن نوع هو (شكل ٥ رسم نمرة ٥٧) ويجب أن تسع مقدار ١٠ جرام من المحلول على الأقل حتى ينتفخ مجرى البول جيداً عند ما يدفع كل المحلول الذى بلحقته داخله .



(رسم رقم ٧٥)

(١) بحس « ساوند » على طريقة « جويون » (٢) بحس « نيتزه » (٣) حقنة
السيلان . لا يستعملها الا الطبيب ولا يجوز للرضى استعمالها . وترى رسمين صغيرين
عند طرفها . يميناً عمود صغير من الزجاج . وشمالاً قطعة صغيرة من الزجاج السميك
بشكل مخروط تلبس في طرف الحقنة وعند استعمال الحقنة يوضع رأس المخروط الزجاجي
في فتحة القضيب وبذا يمنعون تهيج الجزء الامامي لمجرى البول من الاحتكاك بطرف
الحقنة المعدني . (٤) منظار معدني للهبيل بثلاثة اذرع . (٥) منظار معدني للهبيل بذراعين .
(٦) مرطبة البروستاتا ، أو مدلكة البروستاتا (بروساتاكيله . للعلامة كولمان) .

من المجرى حالياً . ثم يملأ الحقنة مرة ثانية ويدفعها في المجرى ويقبض على فتحة القضيب ليقفلها مدة ٤ دقائق ثم يرمى المحلول خارجاً . ثم يعيد هذه العملية للمرة الثالثة ويبقى المحلول ٤ دقائق أيضاً . فتكون كل مدة بقاء المحلول بمجرى البول ٨ دقائق . وتكرر هذه العملية صباحاً وظهراً ومساءً . ويجب على كل طبيب أن يفهم مريضه هذه العملية جيداً ، ويستمر المريض على استعمال الغسيل بهذا الضعف مدة ٤ أيام أو ٥ أيام ثم يعطيه طبيبه محاليلاً أقوى فأقوى حسب ما تقتضيه الاحوال . وطبعاً يغير الطبيب ويبدل - اذا رأى لزوماً لذلك - في أنواع الغسيل التي يستعملها والاملاح التي يفضلها حسب علمه وخبرته . أما العملية التي يقوم بها الطبيب فتبتدىء ثانياً او ثالث يوم للعلاج أى بعد أن يكون المريض أخذ زيوته أو بلاسم أو أملاحاً من الداخل . فيغسل الطبيب مجرى البول الامامى فقط بواسطة الحقنة الكبيرة (شكل ٣ رسم نمرة ٥٨) وبما ان هذه الحقنة يمكنها ادخال المحاليل بضغط ضعيف أو قوى كما يريد الطبيب فتتصح باستعمال ضغط ضعيف أولاً ثم يزيد الطبيب الضغط شيئاً فشيئاً حتى يصل لدور تنظيف مجرى البول كيمائياً . فيجوز له حينئذ أن يزيد الضغط حتى يشعر المريض بتضايق أو ألم بسيط لأن المحلول يكون ضاغطاً على مجرى البول الامامى في نهايته عند العضلة القابضة ، وفائدة هذا الضغط هي تطهير مجرى البول الامامى في نهايته تطهيراً جيداً . ويستعمل الطبيب غسلاً ضعيفاً ويزيد في قوة الغسيل تدريجياً حسب خبرته وما تستدعيه كل حالة . ولكن اذا حصل التهاب بالخصية أو البربخ فجأة فيجب ايقاف غسيل الطبيب بالحقنة الكبيرة حالاً لئلا يزداد الالتهاب ، ويستمر المريض في عمل الحقن الصغيرة منعاً لتمكن الميكروبات من سطح المجرى بقاء الصديد داخل المجرى . ويستمر عادة علاج التنظيف الميكانيكى مدة تتراوح بين ٨ أو ١٠ أيام .

(٢) تنظيف مجرى البول كيمائياً - نستعمل في هذا التنظيف نفس

الاملاح السابقة في محاليل أقوى من المحاليل التي ذكرناها ، فمثلاً نستعمل محلول البارجرين (١ في ٢٥٠٠) ثم (١ في ٢٠٠٠) ، أو پروتارجول (١ في ٣٠٠) ثم

(١ فى ٢٠) ثم (١ فى ١٥٠) وهكذا . فقط يلاحظ ان من يريد استعمال برمنجنات البوتاسا فلا يجوز له أن يستعمل محلولاً منه يكون أقوى من (١ فى ٢٥٠٠) لأنه يكون حينئذ محلولاً قابضاً جداً ويفتك بسطح مجرى البول المخاطى فتكاً يؤذيه ويتسبب عنه تقرح سطحى أولاً ثم تقرح عميق بعدئذ . وبعد استعمال المحاليل السابقة يمكن استعمال محلول نترات الفضة (١ فى ٤٠٠٠) ثم (١ فى ٣٠٠٠) ثم (١ فى ٢٥٠٠) ، وأما من ينصحون باستعمال محلول نترات الفضة (١ فى ٣٠٠) أو أقوى من ذلك فهم قوم ربما يعتقدون أن سطح مجرى البول مركب من جلد الفيل أو البقر . ويستمر العلاج هكذا حتى يعتقد الطبيب انه وصل لدور من الشفاء يسمح باستعمال أدوية قابضة أى انه يستمر مدة تتراوح بين (١٠ الى ١٥ يوما) وفى كل هذه المدة يستعمل المريض الدواء الذى يعطيه له طبيبه فى منزله ، ويغسل له الطبيب فى عيادته بنفس المحلول الذى يستعمله المريض أو بمحاليل أخرى . واستحسن طريقة الغسل بالحقنة الكبيرة السابقة الذكر أو بواسطة تسليط فم الأنبوبة الكاوتشوك (الآتية من « حقنة شرجية » معلقة فى الحائط تسع لترأ أو لترين) على فتحة القضيب ، أو ما يسميه بعضهم « غسيل كبير » أو (لافاج) . وإذا استعمل الغسيل الكبير فيجب أن تلاحظ فيه النقط الآتية : (١) يكون ارتفاع زجاجة الحقنة المملوءة بالمحلول من ٣٠ الى ٤٠ سنتى متراً فقط عن فتحة القضيب (٢) يكون المريض جالساً على كرسى الفحص أو كرسى عادى أى انه لا يكون واقفاً على قدميه (٣) لا يسمح الطبيب ببقاء المحلول بالقضيب أكثر من ربع دقيقة أى ١٥ ثانية ويخرجه من القضيب ويدخل محلولاً غيره ويخرجه وهكذا (٤) بعد أن يغسل المجرى الامامى قليلاً ، أى بعد أن يستعمل مقدار نصف الى ثلاثة أرباع لتر غسيل يرفع الزجاجة الكبيرة التى بها المحلول مقدار ٢٠ الى ٣٠ سنتى متراً ويغسل للمريض ، ولا خوف من دخول جزء من المحلول المطهر فى المثانة بواسطة الضغط الهيدروستاتيكي أى ضغط

ارتفاع السائل الذى بالحقنة^(١) لأنه لن ينقل ميكروبات داخل المثانة لأننا نظفنا سطح مجرى البول أولاً .

ولما نتقدم فى دور تنظيف مجرى البول السكياوى نغسل للمرضى بمحلول أكثر قبضاً وننصح بالتركيب الآتى (ييزموت صب نيتريت ٥ جرام . جليسرين ١٠ جرام تضاف كلها على ٥٠٠ جرام من محلول نترات الفضة ١ فى ٥٠٠٠)^(٢) ثم نغسل بعدئذ بمحلول مركب من أدوية قابضة فقط مثلاً (نترات الييزموت ١٠ جرام . جليسرين ٥ جرام . ماء مقطر ٥٠٠ جرام) أو (حمض التانيك ٢ جرام . نترات الييزموت ٨ جرام . ماء مقطر ١٠٠٠ جرام) أو (جليسرين ٦ جرام . ييكاربونات الصودا ٣ جرام . صبغة المر ٥ جرام . ماء مقطر ١٠٠٠ جرام) وهكذا . وقبل ترك هذا الدور نذكر القارىء بأن العلاج من أول الالتهاب الى هذا الدور يكون شاملاً لكل هذه الأشياء التى ذكرناها من أدوية داخلية وغسيل بسيط وغسيل مطهر قابض وغسيل قابض ، ويتصرف الطبيب طبيعاً فى كل حالة فى طريقة جمع أحدها مع الآخر ، وكيفية استمرار المريض فى استعمال هذا أو ذاك ويستشير فى عمله بتقديم المريض للشفاء أو عدم تقدمه ، وبنقص (الحرقان) وشدته ، وبنقص الصديد وزيادته ، وبشكل البول الذى يفحصه الطبيب من آن لآخر ليحكم منه على حالة المريض . وغنى عن البيان أن تحليل البول ميكروسكوبياً من حين لآخر يقود الطبيب لتسيير العلاج سيراً حسناً . وبهذا العلاج مع تكميله بالكهرباء والفاكسين أحيانا تشفى حالات كثيرة ، ولكن أحيانا لا يشفى المريض فى ٣ أو ٤ أسابيع رغم عناية الطبيب التامة وهذا ينبه

(١) ونصح (جانيت) برفع الزجاجات التى بها المحلول الى متر او متر ونصف وهو يفضل استعمال محلول هيبير منجنات البوتاسا (١ فى ٤٠٠٠ او فى ٢٠٠٠ وأحيانا فى ١٠٠٠ جرام ماء مقطر ساخن) ، واظن ان طريقة (جانيت) فى الغسيل تفيد فى الحالات النصف الحادة (صب اكيوت) وفى الحالات المزمنة وأما فى الحالات الحادة فلا انصح باستعمالها الا اذا كانت زجاجة الحقنة غير مرتفعة ، لان ازدياد الضغط يسبب تبيجاً بالمهية قد يقود لالتهابها أو التهاب الخصيتين ممأ .

(٢) وفى بعض الحالات يستحسن تخفيف هذه التقادير لأن بعض المرضى لا يحتملونها .

الطبيب دائماً الى ان الحالة قد تكون اصبحت حالة التهاب فى مجرى البول الخلقى ، أو أن بعض القرع السيلانية ظهرت على سطح مجرى البول عند المريض ، أو ان البروستاتا صارت مصابة . وفحص المريض بالطرق السابقة يحكم الطبيب أن المريض مصاب أو غير مصاب بالتهاب مجرى البول الخلقى . فان كان مصاباً فيعالجه كما سيحىء فى وصف علاج المجرى الخلقى .

(٣) معالجة القرع : وان كان غير مصاب بالمجرى الخلقى فيفحص مريضه بواسطة منظار مجرى البول (يوريثروسكوب) - شكل ١ رسم نمرة ٥٧ - وتوجد أشكال مختلفة لهذه الآلة وكلها مركبة باستعمال نظرية ايجاد « لمبة كهربائية » صغيرة جداً توضع فى (ماسورة) من المعدن . وتدخل هذه (الماسورة المعدن) داخل مجرى البول . فاذا نظر الطبيب من طرف (الماسورة المعدن) الآخر بالعين المجردة أو باستعمال (نظارة مكبرة) مركبة فى نفس منظار مجرى البول فيرى أن (اللبة الكهربائية) الصغيرة تنير داخل مجرى البول فيرى سطح المجرى احمرأ كالون سطح الشفة الداخلى ويرى القرع السيلانية بألوان مختلفة واشكال مخصوصة^(١) . وعندما يتم تشخيص القرع يعالجها الطبيب بتنظيفها جيداً بالغسل وبعدئذ يمسها ببعض الأدوية المطهرة القوية كمحلول نترات الفضة (٢ فى ١٠٠) أو محلول (حمض كروميك ٢ الى ٥ جرام فى ١٠٠ جرام ماء مقطر) . وينصح بعضهم بكى اقترح بأبرة الكى الكهربائية (ايليكتريك كوتيرى) ولكننى وجدت أن استعمال هذه الطريقة يهيج مجرى البول تهيجاً كبيراً ، وفعلاً لا أستعمل هذا الكى إلا فى معالجة بعض الحلمات (پاپيلوما) التى تنمو على سطح مجرى البول وأعجز عن كحتها بواسطة ملعقة الكحت (كيوريتينج سپون) فالجأ لبتزها بالكى الكهربائى ، وأفضل حرق هذه الحلمات كهربائياً بأبرة تكون حرارتها شديدة جداً (يكون لونها ايضاً وليس احمرأ من التيار الكهربائى القوى)^(٢) وبطبيعة الحال لا ترى هذه الحلمات فى الدور الحاد عادة بل فى

(١) يراجع الفارىء كتباً مفصلة فى فن فحص مجرى البول بمنظار مجرى البول (يوريثروسكوبي) .

(٢) ومن افضل الطرق ايضاً استخدام ال « دياتيرمى » فى ازالة هذه الحلمات أو غيرها

من انواع النمو الباتولوجى على سطح المجرى .

بعض حالات السيلان المزمن . واستعمل أحياناً مسحوق الپروتارجول في كي القرع السيلانية بأن يرش المسحوق رشاً خفيفاً على سطح القرحة بواسطة (انبوبة رفيعة) من الكاوتشوك توضع داخل قسطرة - أى ماسورة - منظار مجرى البول . وتعاد عملية غسيل وكى القرع السيلانية مرتين أو ٣ مرات وأحياناً ٥ مرات حتى تشفى هذه القرع .

(٤) **علاج المضاعفات الثانوية** ويجب معالجة المضاعفات الثانوية التي تحصل أحياناً في السيلان وأهمها التهاب الخصيتين أو البرنخ والپروستاتا والحويصلتين المنويتين والتهاب المفاصل والتهاب الاعضاء الداخلية ... الخ . وسيجىء وصف هذا العلاج .

وقبل ان نختتم هذا الباب نذكر أن (بروك) نصح باستعمال (أعمدة طويلة) سماها (كافيلين شتيشين) مركبة من مسحوق مركب من ملح من أملاح الفضة مع (اورانين) وتعجن وتعمل بشكل (أعمدة طويلة) أي لبوس لمجرى البول (بوجى) ، ويدخل العمود في مجرى البول . وقام محل (پارك دافيز وشركاهم) بتركيب (أعمدة طويلة) تحت اسم (نارجول بوجيز)^(١) وعملوا نوعاً قوته (١ في ١٠٠) يستعمل في السيلان المزمن . ولكنني وجدت ان استعمال كل هذه الأعمدة لا يفيد أكثر من استعمال غسيل مركب من الپروتارجول أو ايشتارجول ولو انني لاحظت ان استعمال هذه الأعمدة ككامل للعلاج بعد الغسيل يفيد فائدة تذكر .

علاج مجرى البول الخافى - لما يبتدىء التهاب حاد بهذا المجرى يجب عمل مكدرات ساخنة على المثانة والعانة وتحت «الصفن» - الكيس - سكروتم أى « بين المحلين » ، ويمكن عمل حمامات كهربائية بواسطة (ايليكتريك ثيرموفور) وهذا يقوم مقام المكدرات الساخنة ، ويفضلها بأنه يعطى حرارة ثابتة منتظمة ولاى زمن يريد

(١) وتوجد انواع مختلفة من هذه الأعمدة في السوق تحت اسماء مختلفة . فمثلاً يوجد

« جونوستيلي » وهى اعمدة اساسها ٢٠ و ٠ في المائة من مادة « البارجين » بجهازين كل منهما خاص بالذكور او الاناث .

الطبيب ، ولكنه يحتاج لجهاز مخصوص يوجد احياناً عند الاخصائيين والمستشفيات ولكن استعماله لا يحتاج لأقل مهارة ، اذ يفتح التيار الكهربائي تحت ضغط ٤ الى ٦ (فولت) وتحرك « يد المقاومة » (ريززتينس) حتى يصير جسم السخونة في في الثيرمو فور ساخناً بدرجة يحتملها المريض ويوضع محل ما يريد الطبيب . ويتركه عادة من ٥ الى ١٠ دقائق وتكرر هذه العملية كل ٤ الى ٦ ساعات . ويمكن الاستغناء عن ذلك بأن يجلس المريض يومياً في ماء ساخن لمدة تتراوح بين ٢٥ الى ٣٠ دقيقة ، وفي هذه المدة يستعمل المريض الأدوية الداخلية المطهرة لمجرى البول . وبعد ما يقل الالتهاب يعالج مجرى البول الامامي حسب القواعد السابقة ، ويبدأ في علاج مجرى البول الخلفي . وتوجد طرق كثيرة لعلاج هذا المجرى اهمها ٣ طرق : الطريقة الأولى « طريقة جانيت » وهي غسل مجرى البول بواسطة حقنة شرجية ترفع بمقدار متر أو متر ونصف فوق فتحة القضيب ويترك السائل ليدخل في المثانة ، وأحياناً يحدث عند فتح تيار السائل أن لا يدخل السائل للمثانة لمقاومة العضلة القابضة ، فيجب أن لا يظن الطبيب أن هذه الطريقة لن تفيده بل ينتظر قليلاً فلما تتعب العضلة القابضة ترتخي شيئاً فشيئاً وأحياناً ترتخي مرة واحدة فيندفع السائل في المثانة . ويسمح الطبيب بدخول مقدار ٢٠٠ الى ٢٥٠ جرام من السائل في المثانة حتى يشعر المريض أن المثانة امتلأت ويفرغها ويعيد الكرة مرتين أو ٣ مرات حتى يغسل الطبيب المثانة بمقدار لتر أو لتر وربع . وتعاد هذه العملية يومياً . والطريقة الثانية هي طريقة « جويون » وتركب من تقطير (اينستلايشن) نقط من محلول نترات الفضة (نصف أو واحد في المائة) في مجرى البول الخلفي بواسطة ادخال قسطرة جويون ذات الرأس المدببة أو قسطرة نصف رخوة وتدخل حتى تصل الرأس المدببة للعضلة القابضة فيشعر الطبيب بمقاومة من العضلة القابضة فيعرف انه وصل حيث يقف ، فيضع طرف الحقنة التي بها السائل في فتحة القسطرة الخارجية ويحقن قطعاً قليلة بمقدار سنتي متراً مكعباً الى ٢ سنتي متر مكعب من المحلول . ويعاد هذا التقطير كل يومين أو ٣ ايام حسب الحالة وكية رد الفعل التي يلاحظها الطبيب . والطريقة الثالثة

هي طريقة « ديداي » وتركب من ادخال (قسطرة نيلاتون) حتى تدخل المثانة ويحتمن الطيب مقدار ١٠٠ جرام من محلول من المحاليل المطهرة أو المطهرة والقابضة ... الخ التي ذكرناها في علاج مجرى البول الامامي داخل المثانة، ثم يسحب الطيب هذه القسطرة بسرعة ودقة حتى تخرج ويكون طرفها الداخلي داخل مجرى البول الخلفي، ثم يحتمن الطيب مقدار ١٠٠ أو ٦٠ أو ٧٠ جرام من نفس المحلول فيغسل هذا المحلول مجرى البول الخلفي جيداً ثم يسحب الطيب القسطرة قليلاً ويدخل مقدار ٣٠ الى ٤٠ جرام من المحلول وهكذا حتى يغسل مجرى البول الامامي ايضاً، ويخرج الطيب القسطرة كلها من القضيب فيشعر المريض انه يريد ان يتبول فيتبول بمقدار المائة جرام من المحلول الذي كان بمثابة .

وأفضل استعمال طريقة مركبة من غسل مجرى البول الخلفي بطريقة « ديداي » مرتين اسبوعياً، وباقي الاسبوع استعمال الحقنة الكبيرة (شكل ٣ رسم نمرة ٥٨) في الغسل لأنها حقنة يمكن الطيب أن يستعين بقوتها في الضغط على الحصول على ضغط يكفي لأدخال المحلول بالمثانة فيستغنى عن طريقة « جانيت » . وأحياناً يستعمل طريقة « جانيت » وهذه الحقنة الكبيرة معاً . ولا الجأ لطريقة « جويون » إلا في حالات التهاب مجرى البول الخلفي المزمنة حينما أرى بالفحص باليورثروسكوب وجود التهاب يستدعي استعمال محلول قوي كمحلول نترات الفضة (نصف الى واحد في المائة) . وتوجد طرق أخرى مثل طريقة « فولف » حيث يستعمل جهازاً يسمى (سانابو) وهي لا تختلف كثيراً عن طريقة « اولتزمان » ونصح القاري بمراجعة الطريقتين في مؤلفات اكبر من هذا الكتاب . وعلى العموم لم ألاحظ من استخدامهما أية فائدة اكثر من استعمال الطريقتين المذكورتين .

وقد نصح بعضهم باستعمال نقط الأوتروپين عند علاج مجرى البول الخلفي لتساعد العضلة القابضة على الارتخاء ولتخفف الألم قليلاً . ولكنني لاحظت كما لاحظ غيري ^(١) أن استعمال هذه النقط مهما كانت ضعيفة يسبب (جفافاً بالزور) أي (نشفان في الريق) بسرعة ، وفي اكثر الحالات ينتج عنه اتساع في حدة العين

(پوپيل) يستمر زمنا ربما لا يرضى به حضرات زملائنا أطباء العيون . وفي الواقع أننى اعتقد ان (الاتروپين) له تأثير قوي على العيون لا يسمح لغير أطباء العيون باستعماله لانهم يلاحظون العين باستمرار يمكنهم من ايقافه عند اللزوم . واستعمل أحيانا محلول (نوڤوكاين) أو بعض نقط كوكاين لتخفيف آلام علاج مجرى البول . وقبل ترك هذا الباب تنبه القارىء الى ان لا يستعمل الزيوت أو القازلين المعقم في ادخال كل هذه الآلات عند العلاج ، نعم قد يجوز استعمال هذه المواد عند الفحص ولكن استعمالها عند العلاج يعوق نجاح العلاج إذ يقف في سبيل وصول تأثير المحاليل للسطح المخاطى لمجرى البول لأن الزيت أو القازلين يترك طبقة لا تخترقها سوائل هذه المحاليل ، ولذا ننصح باستعمال الجليسرين لادخال كل الآلات للعلاج . هذه هي الطرق العادية للعلاج السطحي للسيلان الحاد ولكن توجد طرق علاج يسمونها علاج السيلان السريع أو الفتك .

العلاج الجراحى للسيلوله أو العلاج الفتاك بالسيلان (ابورتيف تريتينت) :- وفي اعتمادى انه لا يجوز عملها الا لشخص يصاب بالسيلان قبل سياحته (لاوروبا مثلا يكون رتبها وأخذ تذكرة السفر) فلا يمكنه تأجيل السفر . أو للعساكر عما تكون رضى الحرب دائرة وبهم الوطن قيام هؤلاء العساكر للقتال وعدم تأخيرهم بالمستشفيات لعمل علاج للسيلان . نعم ان كثيرا من العلماء يصفون هذا العلاج فى مؤلفاتهم ولكننى أظن أن مجرد مطالعة كتاباتهم كاف لاقتناع القارىء بضعف عقيدة وثقة هؤلاء العلماء بهذا العلاج . وتنمياً للموضوع نذكر شيئا عنه هنا ناصحين بعدم اتباع هذا العلاج الا فى بعض الظروف الاستثنائية . وعلى العموم لا يجوز استعماله الا اذا حضر المريض عقب ظهور المرض تماما أى فى أول يوم أو يومين من ظهور المرض ^(١) لأننى لاحظت انه اذا كان الالتهاب وصل لدور ظهور

(١) وقد نصح (برونز) بأن لا يعمل هذا العلاج الا فى دور المرض الذى تكون فيه ميكروبات السيلان خارج الخلايا (شكل ١ رسم نمرة ٥٦) وهذا الدور لا يستغرق عادة اكثر من ٤٨ ساعة من ظهور المرض . وقد نصح بعدم عمل هذا العلاج لاي مريض يحضر للعلاج به مرور ٥ ايام على ظهور المرض .

الصدید بشكل بسيط أو بشدة - (وهذا يحصل في ثالث أو رابع يوم لظهور المرض)
فإن عمل هذا العلاج قد يهيج الأعضاء التناسلية وقد ينتج عنه ورم في القضيب أو
التهاب شديد بالخصيتين . وعلى العموم قد لاحظت أن هؤلاء المرضى الذين اضطروا
أطباؤهم لعمل هذا العلاج لهم رجعوا دائماً كمرضى بسيلان مزمن مصحوب بتغيرات
بأولوجية عديدة بسطح مجرى البول . وأهم هذه التغيرات هي قرح مزمنة وضيق
(سترىكتشر) في نقط مختلفة ناتج من تكون خيوط ليفية وسط الأنسجة الدقيقة
التي بمحاطة مجرى البول نتيجة الالتهاب السكباوى الذى يصحب هذا العلاج عادة .

طرق العلاج الإبرأصى : يعمل هذا العلاج بطريقتين : (١) الأولى

بغسل مجرى البول مرتين يومياً بطريقة (جانبية) - راجع صحيفة ٣٠٠ - ويجب
رفع زجاجة الحقنة بمقدار متر ونصف أعلى من فتحة القضيب الأمامية ويجب استعمال
محلول مطهر قوى مثل (پرمنجنات البوتاسا ١ في ٢٠٠٠ الى ٤٠٠٠ ماء مقطر) أو
(البارجين ١ في ١٠٠٠ الى ١٥٠٠ ماء مقطر) وغسل مجرى البول بمقدار لتر أو
لتر ونصف . وقد تحصل التهابات مختلفة نتيجة لهذا العلاج ، وأهمها التهاب بالبرنج أو
الخصية أو الاثنين معاً ، ثم يجوز أن تنتقل العدوى من ضغط المحلول الى داخل المثانة
فيصاب المريض بالتهاب المثانة وهو شر من المرض الأول الذى يعالج منه المريض .

(٢) والثانية هي غسل مجرى البول بواسطة حقنة مثل الحقنة الصغيرة التي يستعملها
المرضى بالسيلان - شكل ٥ رسم ٥٧ - والمحاليل التي تستعمل تكون قوية
وتتركب أكثرها من أملاح الفضة . فمثلاً (ايشتارجان ١ في ٢٥ الى ٤٠ ماء مقطر)
أو (البارجين ١ في ٥٠ الى ١٠٠ ماء مقطر)^(١) أو (پروتارجول ١ في ٣٠ الى ٥٠)
أو (أرجونين ١ في ٢٥ الى ٦٠) ويجوز مس سطح مجرى البول بمحلول (پروتارجول
١ في ١٠ ماء مقطر) ، وينصح بعضهم باستعمال محلول (نترات فضة ٢ الى ٣ في المائة)
ولكننى أعتقد انهم يسببون التهاباً كىاويلاً لا يطاق . ويقوم الطبيب بعملية المس

(١) وقد نصح (بلاشكو) وغيره باستعمال محلول پروتارجول ٣ الى ٤ في المائة

والبارجين ١ الى ٢ في المائة .

بواسطة منظار مجرى البول الكهربي . ونصح (نيسر) باستعمال (نوڤو إينجيكٲول زالبه) - أى مرهم پروتارجول ٦ فى المائة - ولكن ادخال هذا المرهم بمجرى البول وتوزيعه جيداً على الحائط الداخلى للمجرى وإبقائه فيه ليس بالأمر الهين، وعلى العموم يعتقد (شولتز) انه لا يأتى بفائدة كبرى ، والمؤلف يوافق « شولتز » على رأيه .

وطريقتى التى اتبعها اذا أردت لأى سبب عمل هذا العلاج هي اننى أغسل مجرى البول جيداً بواسطة الحقنة الكبيرة (شكل ٣ رسم نمرة ٥٨) مرتين أو ثلاث مرات بمحلول البارجين (١ فى ١٠٠٠) ساخناً، ثم أحقن ٢ سنتى متر مكعب من محلول پروتارجول (١ فى ٣٠) فى مجرى البول وأكرر هذه العملية فى الأربعة الأيام الأولى . وفى خامس يوم أمسّ سطح مجرى البول بمحلول (ارجونين ٤ وسائل ارجينتامين ٨ وماء مقطر ١٠٠) مرتين ظهراً ومساءً بواسطة منظار مجرى البول وأكرر هذه العملية فى اليوم السادس والسابع والثامن . وأطلب عادة من المريض أن يساعد العلاج بأن يغسل مجرى البول فى منزله مرة واحدة بمحلول پروتارجول (١ فى ٣٠٠) ، وأظن اننى حصلت على نتائج أفضل من أى علاج آخر وعرضت المرضى لأقل ما يكون من الضرر المعتاد حصوله من هذا العلاج . وأما اذا ظهر على المريض عدم احتمال هذا النوع من العلاج فليس على الطبيب الا انتقاء العقاقير وقوتها التى يراها صالحة لعلاج كل مريض حسب خبرته . وأخيراً نذبه القارىء الى ان أكثر من يدعون من الاطباء المقدرة على معالجة السيلان فى ٣ الى ٨ أيام لا يعملون لمرضاهم شيئاً غير هذا العلاج الاجهاضى للسيلان وقد بينا عيوبه فى أول الكلام عليه .

علاج السيلان بالتحليل الكهربائى (إيليكتروليسيس) . ينام المريض على ظهره وتوضع (ماسورة من المعدن المغطى بطبقة رقيقة من البلاتين وبها فتحات صغيرة على حائطها ، راجع شكل ٨ رسم نمرة ٦٠) داخل القضيب ، ويدخل الطبيب محلولاً (صوديوم أيوديد ، أى يدور الصودا ٢ فى ١٠٠ جرام ماء مقطر) أو (صوديوم كلوريد - أى كلوريد الصودا ، أى ملح الطعام النقى ٢ فى ١٠٠) فى الماسورة المعدن ، ثم يربط الطبيب التيار الكهربائى هكذا : - القطب (أى السلك)

الاجباجي بعامود معدني (ستيليت) طويل . ويصل القطب (أى السلك) السلبى بقطعة من المعدن بحجم (الريال) مغطاة بقطعة من القماش السميك ويسمونه بالانجليزية (ايليكتريك باد) وبعد أن يدخل المحلول داخل (الماسورة المعدن) يدخل العامود المعدني داخل الماسورة ويضع^(١) الطرف السلبى على جسم المريض تحت الصفن (أى بين المحلين) - وأحياناً نفضل وضعه فوق شعر العانة - ثم يفتح التيار الكهربائى تدريجياً . وقوة التيار التى يستعملونها تكون من (١ الى ٣ ميللى أمبير) ويسلط على المريض مدة بين ٨ الى ١٠ دقائق . ويعكس التيار فيصير القطب الاجباجي سلبياً والسلبى ايجابياً ويترك معكوساً لمدة ٨ الى ١٠ دقائق أيضاً . ولوحظ أن محلول يدور الصودا يتناقص فى مدة سير التيار الكهربائى فيجب تكميل كمية المحلول بادخاله فى (الماسورة المعدن) بواسطة حقنة زجاجية صغيرة . وبعد ذلك يقفل التيار . ويخرج الطيب العامود المعدني والماسورة من القضيب . فيكون العامود مغطى بكميات من الخلايا والميكروبات . ولعلاج السيالان الحاد تكرر هذه العملية من ١٠ الى ٢٥ مرة . ويدعى^(٢) الدكتور (تشارليس رص) انه حصل من هذا العلاج على نتائج مشجعة وهو يستعمله أيضاً فى علاج السيالان المزمن^(٣) ورأى له نتائج جيدة . ولعلاج مجرى البول الخفى تستعمل (ماسورة معدنية) طرفها منحنى كالقسطرة وتم العملية كما وصفنا أولاً . وقد استعملت هذا العلاج مرات متوالية برغبة الوصول للشفاء باستعماله وحده فقط فلم أوفق للنجاح الا فى حالتى سيالان حاد حديث جداً . واستعملته كعلاج مساعد مع طرق العلاج الأخرى فوجدته متمماً حسناً لتكميل العلاج وحصلت بمساعدته على نجاح عظيم فى بعض الحالات . ومن رأى اننا لا يمكننا الاتكال عليه وحده فى معالجة السيالان ولكن يجوز استعماله كمساعد فى بعض الحالات وربما يأتى المستقبل بتحسين عظيم فى طرق هذا العلاج الكهربائى .

(١) قبل وضع الطرف السلبى على جسم المريض يجب ان يوضع فى الماء الملح او الحمفى حتى تصبح قطعة القماش المغطى بها هذا الطرف موصلة للتيار الكهربائى جيداً .

Brit. Med. Jour. June 12, 1915 .

(٢)

A New Treatment for Gonorrhea, Charles Russ,

(٣)

London, 1916.

علاج السيلان بالسخونة - لاحظ بعض العلماء مثل (هيث) وغيره ان بعض المرضى بالسيلان اصابوا أيضاً ببعض الحميات مثل التيفوس وارتفعت طبعاً درجة حرارتهم الى ٤٠° أو ٤١° وعند ما تم لهم الشفاء من الحمى خدّمهم الحظ وشفى بعضهم من السيلان أيضاً . ولاحظ العلماء أن ميكروبات السيلان التي توضع في أنابيب من الزجاج وتسلط عليها حرارة بدرجة ٤١° الى ٤٢° تقتل ، فاستتجوا من الملاحظتين السابقتين ان هذه الدرجة من الحرارة قد تئمت الميكروبات داخل الجسم أيضاً، ففكروا في استعمال السخونة بكل الطرق الممكنة لعلاج السيلان وتوصلوا فعلاً لايجاد ٦ طرق فنية : -

(١) العلاج بالحمّات الساخنة . يجلس المريض في (حوض) ويملاً الحوض بالماء الساخن حتى يغطى كل المريض الى عنقه وتكون رأسه خارج الماء . ويمكن في الحمام من ٣٠ الى ٤٠ دقيقة وأحياناً الى ٥٠ دقيقة ، ويجب أن يضع على رأسه (مكّات باردة) أو كيساً مملوءاً بالثلج . ولوحظ أن درجة حرارة الجسم نفسه ترتفع بهذه الطريقة حتى تصل الى ٤٠° أو ٤١°^(١) ويدعى بعضهم ان ميكروبات السيلان تموت بعد حمام أو حمامين أو ٣ حمامات، ولكنني اعتقد ان هذه الطريقة لا تقتل الميكروبات كما يدعون، بل وتعرض قلب المريض بالسيلان لخطر هائل لأن رفع درجة الحرارة بهذا المقدار صناعياً يزيد في عدد وقوة دقات القلب وربما يصرع المريض وهو في الحمام . ويقول بعضهم بمعالجة سيلان الاطفال بهذه الطريقة وبطبيعة الحال يتعرض الاطفال لنفس الخطر الذي يتعرض له كبار السن وربما كان الخطر عليهم اشد .

(٢) العلاج بالجمّاد (حمى صناعية) عند المريض بالسيلان . ويتم ذلك بأن يحقن المريض باللبن او (نيوكليين الصودا) او « التيرپيشين » او غير هذه المواد من المواد التي ترفع درجة حرارة الجسم فترتفع درجة حرارته الى ٤٠° أو ٤١° . وقد

(١) وقد ذكر (فيس) حالة وصلت فيها حرارة الجسم الى ٤٣° .

لاحظ (ميلر) نتائج مشجعة ^(١) . ولكن بعض المرضى لا ترتفع حرارتهم الا بكمية كبيرة من نيوكالين الصودا فيؤثر عليهم تأثيراً سيئاً . وبعضهم اذا حقن بالابن فيجوز أن تظهر عليه أعراض (تسمم بروتيني) .

(٣) العلاج بالماء الساخن داخل مجرى البول . ويتم ذلك بأن يدخل الطبيب في مجرى البول قسطرة بها مجرى لدخول الماء الساخن ومجرى لخروج هذا الماء . ويسلط الطبيب تيار ماء ساخن لدرجة ٤٨° الى ٥٢° على مجرى دخول الماء بالقسطرة فيمر الماء الساخن بالقسطرة ويخرج منها فتصير ساخنة باستمرار ويصير سطح مجرى البول المخاطي ساخناً . ويستمر الماء جارياً بالقسطرة لمدة ساعة او اكثر . وقد لاحظت ان هذه الطريقة مفيدة جداً في معالجة السيلان المزمن ولكنها ضارة للغاية في السيلان الحاد . وعلى العموم فهي في اعتقادي لا تكفي لمعالجة السيلان منفردة بل انها طريقة مساعدة لتعيم العلاج .

(٤) العلاج بمجسات (ساويندز) معدنية تسخن بالكهرباء . هذه طريقة لا تختلف كثيراً في معناها عن سابقتها إذ هناك تسخن القسطرة بماء ساخن يجري فيها وهنا يسخن المجلس بتيار كهربائي يجري فيه . وهي تأتي بنفس نتائج الطريقة السابقة . فقط نحذر من استعمالها بدون ترو وحذر وعناية ، إذ يجب مراقبة التيار الكهربائي جيداً حتى لا ترتفع درجة حرارة المجلس ارتفاعاً خطراً على المريض . ويمكن الطبيب فتح تيار كهربائي لا يزيد ضغطه عن (٦ الى ٨ فولت) ويسمح بتسخين المجلس تدريجياً حتى يصل للحرارة المطلوبة أو أقل ثم يدخل المجلس في القضيب بعد أن عرف حرارته خارجاً . ويعتقد (برونز) ان هذا العلاج يفيد في حالات السيلان المزمن وخصوصاً في ضيق (ستريكتشر) مجرى البول .

وتوجد مجسات كهربائية مصحوبة بتيرمو متر يدل على مقدار سخونتها .

(٥) العلاج بالتيارات الكهربائية المختلفة والمسخنة من الخارج : يستخدم القطب الايجابي في اسفل القضيب والسلبى في اسفل الصفن على مسافة ٣ الى ٤

(١) واستخدمت أنى — فاكين التيفود واخواتها مع قليل من العلاج الموضعى وحصلت على نتائج مشجعة .

سنتيمتر من فتحة الشرج ، وتتراوح كل مدة لعلاج واحد ما بين ٨ الى ١٠ الى ١٢ دقيقة ، ويمكن دفع العلاج بقوة بعد ذهاب الدور الحاد الى ١٥ دقيقة ، ويجب أن لا يزيد التيار عن ١ الى ٢٥ و ١٥٠ مللى أمبير . ونقطة الضعف الوحيدة في هذا العلاج هو انه يتسبب عنه أحياناً احتراق سطحي في الجلد ، فاذا حدث هذا فنوقف العلاج الكهربائي ونعالج الجلد موضعياً ، وهذا العلاج الموضعي لا يستغرق - في اكثر الحالات - اكثر من ٤ الى ٦ أيام ، ثم يبدأ العلاج الكهربائي من جديد . ويجب ملاحظة أن هذا العلاج وحده ليس كافياً للشفاء بل يجب أن تصحبه العلاجات الأخرى طبقاً لخبرة المعالج . ولاحظت انه مفيد في حالات السيالان الحاد والمزمن أيضاً .

(٦) العلاج بالدياثيرمى - سنشرح ذلك بعدئذ .

وقبل أن نترك علاج السيالان الحاد نرى ان نذكر ملخصاً بسيطاً عن العلاج بالمصل السيالانى (جونوكوكال سيروم) وبالقاكسين السيالانى (جونوريال فاكسين) أما المضاعفات الثانوية فسيأتى الكلام عليها بعدئذ .

العلاج بالمصل السيالانى وبالقاكسين : بنى العلاج بأى مصل على النظرية القائلة انه « اذا لقم حيوان بكميات صغيرة من أى ميكروب وفى مدد متوالية فتتربى في دمه مواد تساعد على مقاومة المرض الذى يتسبب عن هذا الميكروب . فاذا أخذ دم هذا الحيوان وفصل المصل الدموى بطرق مخصوصة عن باقى الدم فان هذا المصل يحوى هذه المواد التى تساعد على مقاومة المرض . فاذا وجد شخص عنده هذا المرض وحقن بمقادير طيبة من هذا المصل فانه يقاوم المرض مقاومة تعجز عنها قوة المقاومة الطبيعية في جسمه » . وكذلك جهر المصل السيالانى وجرب كثيراً فلم يعط وحده نتائج مشجعة ، وعلى ذلك أهمل وقل من يستعمله الآن . ولما بين الميكروب السيالانى وميكروب مينينجوكوك من التشابه البيولوجى والمورفولوجى فقد نصح بعض العلماء باستعمال مصل مينينجوكوك في علاج بعض حالات الالتهابات السيالانية بالمفاصل . وقد لوحظت نتائج حسنة أحياناً ولكنها ليست نتائج مشجعة مثل النجاح الذى يظهر

دائماً عقب استعمال (الفاكسين) . وأما العلاج بالفاكسين فمبنى في هذه الحالات على النظرية القائلة انه «إذا جهزت كمية من الميكروبات وقتلت وحقت منها مقادير صغيرة متوالية في أى جسم فانه تتربى في هذا الجسم مواد تساعد على مقاومة المرض الذى يتسبب عن هذه الميكروبات» . ويعود الفضل في تركيب الفاكسين السيلاني للعلماء (ريت) و (بروك) و (ريتز) و (فريدلاندر) و (كوتتر) و (شيندلر) ويجهز الآن هذا الفاكسين في معامل كثيرة ، ولكن أحسن فاكسين يمكن استعماله هو الفاكسين المجهز من ميكروبات المريض نفسه . وبسبب عادة (أوتوفاكسين) .

ولتجهيز هذا الفاكسين نزرع الميكروب أولاً ، وتوجد عدة طرق لزرع هذا الميكروب ، نذكر منها الطريقة الآتية على وجه التمثيل :-

(١) مزرعة فازرمان^(١) - جهاز المزيج الآتى

١٥٠	سنتى متر مكعب	سيروم الخنزير
٢٠	» » »	جليسيرين
٩	» » »	نيوتروز (محلول ٢ في المائة)
١٥٠	» » »	ماء مقطر

واغله مع تحريك المزيج باستمرار . وعند ما يبرد للدرجة ٥٥ سنتيجراد امزجه بمقدار يساويه من « الحيلوز الميتين^(٢) بمقدار ٢ في المائة » ، ووزع هذا المزيج على أطباق « پيتري » ، ثم ازرع الميكروب ، فيتم النمو في درجة حرارة ٣٧ سنتيجراد وفي ظرف ٢٤ ساعة .

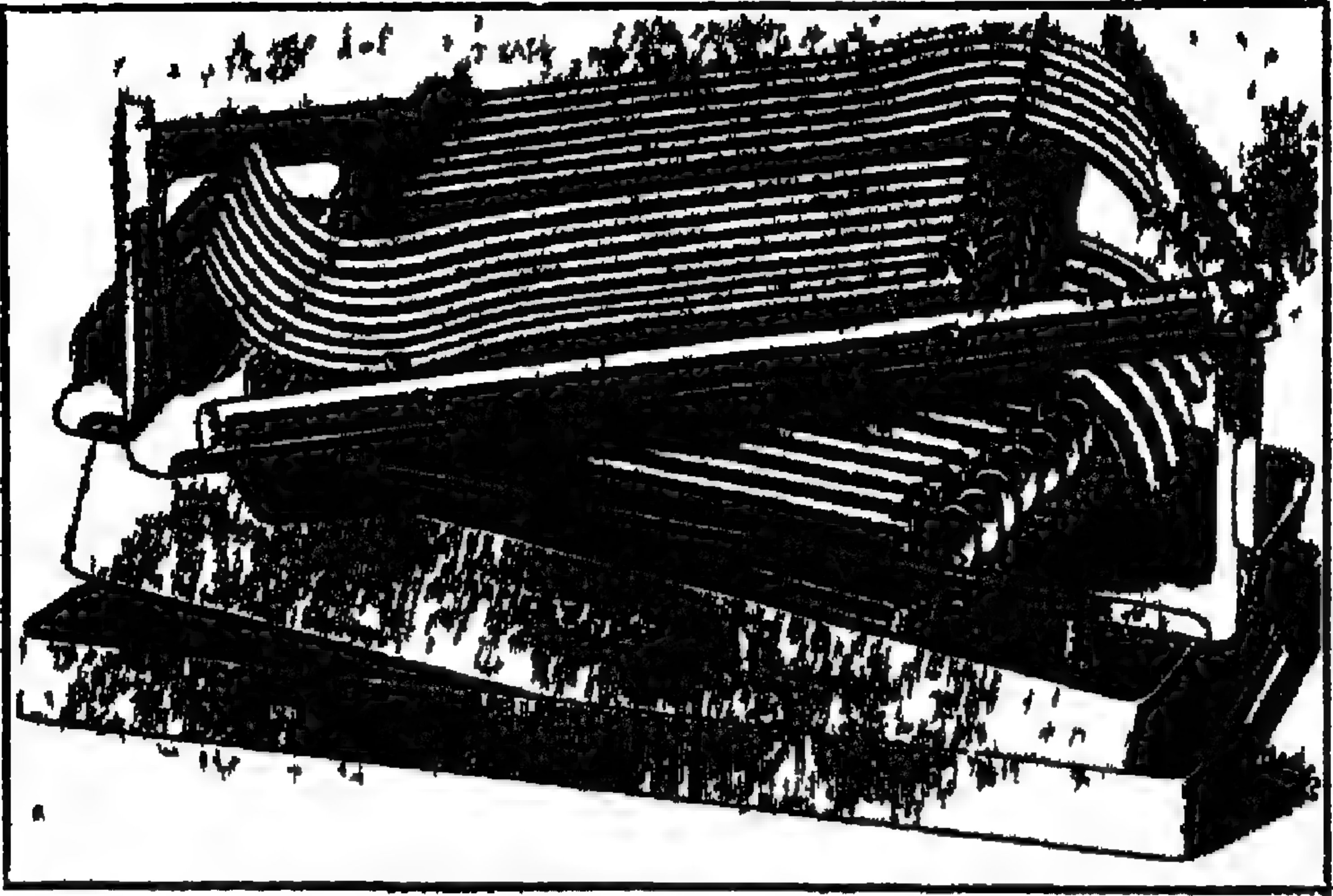
(وتوجد مزرعة « ساپورو ، ونوار » ، وتوجد مزرعة « بيكول » وغيرها^(٣) .

(١) Milieu gelose de Wassermann

(٢) Gelose reptonée

(٣) لمراجعة تفاصيل ذلك راجع صفحة ٣١٨ - ٣٢٠ من كتاب « كالميت ورملائه »

الذكوري هامش صفحة ٢٦٧ من هذا الكتاب .



(رسم نمرة ٥٩)

جهاز كامل من محل (درايبه) الفرنسى به مجموعة من المجسات
بأحجام مختلفة مدرجة .

وبعد ماتمو الميكروبات على المزرعة تجمع ، وتعد ، وتوزع بالمقادير المرغوب فيها
فى كل سنتى متر مكعب من المادة التى تعلق فيها الميكروبات . ومجرد وضع هذا
المركب فى « التلاجه » لمدة ٤٨ ساعة يكفى لقتل الميكروبات .

وأحياناً يضطر بعضهم لاستعمال الفاكسين الجاهز فى السوق (ستوك فاكسين) ،
لأنه لا يجد معملاً حقيقياً بالقرب منه ، وفى اعتقادى انه يجب عمل (أوتوفاكسين)
- اذا أمكن - ولكن لا يوجد أى مانع من معالجة المرضى أيضاً بالفاكسين الجاهز
فى السوق . والفاكسين الجاهز يحضر بنفس الطرق التى ذكرناها فقط يأخذون
عيات مختلفة من ميكروبات السيلان ، وتوجد عيات يسمونها فنياً فاكسين السيلان
المتعدد (پوليفالنت جونوكوكال فاكسين) وأنواعه الجيدة والشهيرة تباع فى السوق
بالأسماء الآتية : -

وسنذكر هنا أهم أنواع الـ « ستوك فاكسين » المشهورة في الاسواق مع التعليق على بعضها طبقاً لاختبارنا للأنواع المختلفة في هذا العلاج : —

(١) (جونارجين) ^(١) يجهز في أنابيب صغيرة بها من ٥ مليون الى ١٠ الى ١٥ الى ٢٥ و ٥٠ و ١٠٠ و ٢٠٠ و ٥٠٠ و ١٠٠٠ مليون ميكروب . ويباع أيضاً في زجاجات بها سائل يحوى كل سنتي متر مكعب منه ٢٠ مليوناً .

(٢) (ارتيجون) ^(٢) يجهز الارتيجون في الأسواق تحت اسم تركيبين مختلفين : الأول « الارتيجون المضبوط » ^(٣) وهو عبارة عن مجموعة من الانابيب التي تحوى هذا الفاكسين بالمقادير الآتية : — ١٠ مليوناً ، ٣٠ مليوناً ، ٤٠ ، ٥٠ و ٦٠ و ١٠٠ مليوناً من الميكروبات السيلانية . والثاني « الارتيجون اكسترا فورت » ^(٤) وهو عبارة عن مجموعة من الانابيب التي تحتوى ٢٠٠ مليوناً و ٣٠٠ ، ٤٠٠ ، ٥٠٠ ، ٧٥٠ ، والف مليوناً من ميكروبات السيلان .

(جونوكوكس فاكسين) يجهز بمقادير من ٤٠ الى ٤٠٠ مليوناً . (ماركة ميرك) .
(جونوكوكس فاكسين) : يجهز بمقادير من ٥٠ الى ١٠٠ مليوناً من الميكروبات (ماركة "A-10 von Reiter") .

(جونوباترين) ^(٥) : ويجهز في أنابيب تحوى كل أنبوبة منها المقادير الآتية :
(١) ٢٥ مليوناً من الميكروبات ، (٢) ٥٠ مليوناً ، (٣) ٧٥ ، (٤) ١٠٠ ، (٥) ١٥٠ ، (٦) ٢٠٠ مليوناً من الميكروبات ، وكل هذه الميكروبات تكون مجهزة بتعليقها في سائل الـ « ياترين » ^(٦) بقدر ٣ في المائة من هذا السائل .

(١) Jonargine. (٢) Arthigon. (٣) Arthigon perfectionnée.

(٤) Arthigon extratorte. (٥) Gono-Tatène. وتوجد أنواع حقن

« ياترين » الحبوبوكوك والسنافيلوكوك وغيرها من الميكروبات تجهز تحت اسم ياترين

(٦) الـ « ياترين » هو عبارة عن « يودو اوكسى — كينولين — سيلفونيك »

محلول بمحلول « ٢٠ في المائة من بيكاربونات الصودا » .

Iodoxyquinolinesulfonique dans 20 % de Bicarbonate de Soude.

وتوجد تراكيب من « الجونوياترين » مجهزة في علب أو صناديق تحوى هذا التركيب بكميات طيبة كبيرة ، وهى أقل فى تكاليفها للانتفاع بكميات الجملة غير الموزعة بأنابيب . ولذلك تستخدم فى العيادات أو فى المستشفيات .

(فاكسيجون)^(١) : ويجهز بمقادير ١٠٠ مليوناً الى ٥٠٠ الى ٢٠٠٠ الى ٥٠٠٠ الى ١٠٠٠٠ مليوناً من ميكروبات الجونوكوك^(٢) .

(هونوكوكى فاكسين) : يجهز من ٥ مليوناً الى ٢٠ ، الى ١٥٠ ، الى ٢٠٠ الى ٥٠٠ مليوناً من ميكروبات السيلان ، ويجهز تحت اسم « بارك دافيز وشركاه » .

(هونوريا - فيلوكرومين) : يجهز بوضع مجموعة من ميكروبات السيلان مع أخرى من ميكروبات ستافيلوكوك مع أخرى من ميكروبات سترپتوكوك لعلاج حالات السيلان وحالات أخرى تشبه العدوى فيها حالات العدوى بالسيلان . واكثرية هذه الحالات تكون عادة حالات التهاب بمجرى البول أو حالات التهاب جلدى . يطلاب عادة تحت ماركة (بارك دافيز وشركاه) .

(هونوكوكى فاكسين) : تجهيز « باروز - ويلكوم » . وهم ينصحون باستخدام مقادير تتراوح بين نصف مليون و ٥٠٠ مليوناً من الميكروبات السيلانية . أما طريقة اعطاء الفاكسين فيمكن حقنه تحت الجلد وهو ما لا أرغب فيه كثيراً لما يصحبه من ألم واحمرار فى الجلد وأحياناً يتسبب فى خراج تحت الجلد . وأفضل إعطاء الفاكسين بين العضلات فى الأليتين ، او بالوريد اذا دعى العلاج لذلك

(١) Vaccigon.

(٢) وهذه هى اعظم مقادير ميكروبية عرقها عند تجهيز انواع الفاكسين المختلفة ، ولكننى مع عظمة هذه المقادير ممكننى ان اؤكد انى حصلت من فاكسين « الارتيجون » و « الجونوياترين » على نتائج احسن من استخدام المقادير العظمى لهذا الفاكسين . وفى بعض الحالات السيلانية المزمنة وجدت لهذا الفاكسين نتائج مشجعة ، ولكنها لا تتناسب مع الارقام الميكروبية العالية المذكورة .

أما طريقة (بروك وزومر) في اعطاء الفاكسين كحقن في الوريد فهي طر مفيدة وسريعة في تأثيرها على المرض، ولكنها تضطر المريض أحياناً للبقاء في الفراش ويصحبها ارتفاع في درجة الحرارة بمقدار ١° الى ٢° وأحياناً ٤° وأفضل استعمالها للمرضى الذين في السرير في المستشفيات، وأما مرضى العيادات فلا يحبون النوم في الفراش كثيراً. ومن الوجهة العلاجية أفضلها - إذا أمكن استخدامها - لأنها تعطى نتائج أفضل جداً من الحقن العضلية.

وأفضل استعمال أكثرية انواع الفاكسين بمقدار صغير أولاً (مثل ٥ مليون) ثم نزيد المقدار تدريجياً. وطالما لا ترتفع درجة حرارة المريض بعد كل حقنة فيمكننا زيادة المقدار بسهولة وبدون تخوف. ونعطى المرضى حقنة كل يومين أو ٣ أيام. وإذا ارتفعت درجة الحرارة فترتفع بمقدار درجة أو درجة ونصف. وإذا زادت عن ذلك فيجب اطالة المدة الفاصلة بين كل حقنة واختها، فمثلاً نغدها الى ٤ أو ٥ أيام، ولا نزيد مقدار الحقنة إذا كان رد الفعل قوياً. وطبعاً كباقي نظريات الطب العادية يجب إيقاف الفاكسين إذا كان رد الفعل قوياً جداً. نعم ان (بروك) نصح باستعمال (أرتيجون) بكميات كبيرة اذ يبتدىء بنصف سنتي - أي ١٠ مليون - ثم يعطى مرضاه سنتي ونصف - أي ٣٠ مليوناً - ثم يعطيهم ٤٠ مليوناً. ولكنني اتبع تعاليم غيره مثل (ريت) و (ميخائيليس) و (آش) و (ريتز) وهم ينصحون باستعمال مقادير صغيرة - في البداية - مع السماح باستخدام أي مقادير لتسيم العلاج اذا سمحت حالة المريض - اذ ان الغرض ليس زيادة المقادير للوصول لرد الفعل كما يظن بعضهم بل نحن بالعكس نتحاشى إيجاد رد فعل قوى.

ولذا ننصح بعدم حقن مقادير هائلة مثل ٥٠٠ أو ١٠٠٠ مليون في الأدوار الحادة، ولو انني حقنت بعض المرضى بمثل هذه المقادير ولم أر نتائج مزعجة، ولكن ليس معنى هذا ان نعم هذا الاستعمال، اللهم الا في الحالات المزمنة حيث تفيد الكميات الكبرى في بعض الحالات، وخصوصاً حالات الالتهاب الپاتولوجي العميقة في الپروستاتا عند الرجال أو في المبيض عند الاناث.

وأما في الحالات التي ترى من التحليل انها بها عدوى ثانوية بميكروبات أخرى مع السيلان، مثل ميكروب ستافيلوكوك، أو باسيل كولي، أو سترپتوكوك، أو پنوموكوك وغيرها، فنستحسن استعمال الفاكسين الذي باسم (فيلاكوجين «پارك دافيز وشركاهم») او مثيله من المركبات الاخرى - لأنه يحوى مزيجاً من ميكروبات عديدة .

وكثيراً ما يدور الجدل على جواز اعطاء المرضى حقن الفاكسين حالة وجودهم عندهم . ولكننى لا أرى أى مانع من اعطاء الفاكسين ولو ان درجة حرارة المريض مرتفعة لأن اكثر العلماء لا يعتقدون ان الحمى في هذه الحالات مانع من استعمال الفاكسين .

منى نستخدم الفاكسين ؟ نستخدمه في علاج التهاب السيلانى الحاد بالمفاصل وهو المرض الذى يفيد فيه استعمال الفاكسين أكثر من غيره من الامراض الأخرى . ويفيد الفاكسين ايضاً في علاج التهاب البرنج والخصية الحاد ويفيد قليلاً في التهاب البروستاتا الحاد ، ولكنه يفيد في حالات البروستاتا المزمنة ، وذلك اذا لوحظت باقى عوامل التهاب مجرى البول . ولم أجد له فائدة تذكر في التهاب سطح مجرى البول الحاد او التهاب المثانة الحاد بدون استخدام العلاجات الموضعية الأخرى التى ذكرناها سابقاً . وأما في حالات الخصية او البرنج المزمنة فليس له تأثير عليها الا اذا كانت مؤلمة ولو قليلاً في بدء التهاب فانها تتحسن باستعماله ويختفى الألم الموجود ، وأما في حالة التهاب المزمّن لزمّن طويل فان الفاكسين يعطى - مع العلاجات الكهربية الأخرى - أحسن النتائج . ويفيد الفاكسين في التهابات السيلانية العميقة عند النساء . وعلى العموم فانه يفيد في كل التهاب سيلانى بالاعضاء الداخلية . اما قيمة هذا الفاكسين في وقاية الاصحاء من المرضى فمعدومة ولا أظن انه يوجد بين العلماء من يدعى غير ذلك .

ويجب ملاحظة استخدام العلاجات الموضعية الأخرى عند معالجة المرضى بالفاكسين ، لأن العلاج بالفاكسين وعده غير مجد .

السيلا المزمن

يطلق هذا الاسم على مجموعة من الأمراض تنسب عن بقاء ميكروب السيلا مدة ما بالجهاز البولي التناسلي نتيجة إهمال بعض المرضى معالجة أنفسهم جيداً في دور السيلا الحاد ، أو نتيجة لتداخل بعض الأطباء في علاج مرضى بالسيلا بطرق ظاهرها يفرح المريض لما يراه من شفاء سريع في ٨ الى ١٠ أيام وحققتها أنهم عاجزوه من أعراض التهاب الأولية ومكنوا الميكروب من البقاء في أغشية الجهاز البولي التناسلي العميقة ، أو نتيجة لإهمال بعض المرضى معالجة سيلا حاد إهمالاً تاماً ، أو نتيجة لما يفعله بعضهم من معالجة السيلا بغسل بسيط « يا سيدى . حظ جرام پرمنجنات في لتر ماء واحقن روحك مرة كل ساعتين !!! » . أو نتيجة للعلاج الاجهاضى للسيلا (راجع صحيفة ٣٠٣) الذى يضطر لعمله في بعض الظروف مع ثقتنا في انه ربما يقود المريض لسيلا مزمن ولذا يجب تنبيه المرضى لذلك قبل القيام بمثل هذا العلاج .

اعراضه وتخصيص السيلا المزمن - تتركب الاعراض من قسمين :- أعراض يشكو بها المرضى واعراض يكتشفها الطبيب بفحصه . فيشكو المرضى من أنهم يلاحظون مادة على فتحة القضيب لونها اصفر او ابيض باصفرار او ابيض رمادى ، وهى لزجة وتظهر عادة في الصباح ويسمىها المرضى النقطة العسكرية (جوت ميليتير) ^(١) ، وأحياناً ترى فتحة القضيب مبتلة حتى ولو كان المريض لم يتبول . وأحياناً لا يوجد أى سائل عند فتحة القضيب وترى جافة ولكن حاقها تكون ملتصقة ببعضها . وأحياناً يلاحظ المريض خيوطاً معلقة في البول ويصفها بعض المرضى بقولهم « اشوف خيوط في البول زى النعابين والسمك عايمه » ، ويجب أن يفهم المرضى ان مجرد

(١) ليميز القارىء بين النقطة العسكرية (جوت ميليتير) وبين اللطمة العسكرية (سواجيرز باتش) وهى القرحة التى تظهر بالقلب نتيجة تأثير المرض الديلا فى احيانا .

وجود الخيوط بالبول ليس معناه وجود مرض السيلان ، بل ان وجود هذه الخيوط - بدون وجود ميكروب السيلان - يدل على وجود التهاب بسيط بمجرى البول . ويشكو بعضهم من (حرقان) عند التبول وبعضهم يشكو من « حرقان وثقل في اسفل البطن » عند التبول ، ويكون ذلك عادة نتيجة (ضيق في مجرى البول) . ولما تكون هذه الاعراض مصحوبة ايضاً « بثقل بين المحلين » فتكون الحالة غالباً (التهاب مزمن في البروستاتا) . واحياناً يشكو المريض من « ثقل واكلان وحرقان عند التبول ووجع في الظهر في اسفل العمود الفقري ووجع والم في الخصيتين » فتكون الحالة غالباً (حالة التهاب البروستاتا ومجرى البول الخلفي) . واحياناً لا يلاحظ المريض الا الماء بسيطاً او شديداً عند الانزال (ايجاكوليشن) في عملية الجماع ، ويكون هذا الألم عادة في منطقة البروستاتا . واحياناً يشكو المرضى من ان « مادة لزجة تنزل من القضيب عند نزول المواد البرازية » وهنا يفكر الطبيب في نوع هذه المادة لأنها تكون عادة مادة المنى (سيمين) او افراز البروستاتا (پروستاتيك سيكريشن) . فان كانت الاولى فتكون حالة سيلان منوى (سبيرماتوريا) ، وان كانت الثانية فتكون حالة سيلان پروستاتى (پروستاتوريا) ، والفحص الميكروسكوبى لهذه المادة يميز بين الحالتين . واحياناً يشكو المريض من ارتخاء او من انه « ينزل المنى بسرعة عند الجماع (ايجاكولاشيو پريكوكس) » او « من انه ينزل المنى ببطء شديد (ايجاكولاشيو تاردا) » (١) .

واحياناً لا يلاحظ المريض بالسيلان المزمّن اى شىء ، لأنه لا يشعر بشىء غير عادى . ولا يفكر في النظر صباحاً لأعضائه التناسلية ليرى مادة تسيل منها او لا تسيل . ولا ينظر لبوله قط . ولكنه يندهش عند ما يزور الطبيب لأى غرض آخر فيكتشف الطبيب سيلانه المزمّن . واحياناً لا يلاحظ المريض شيئاً فيزوج بدوره - إشارة

(١) وفي كل الحالات التى يشعر فيها المرضى بأى اضطراب في عملية الجماع - من

ضعف انتصاب الى سرعة الانزال - ننصح بمراجعة « كتاب الضعف التناسلى عند الذكور والاناث » ، للدكتور لخرى - المطبعة المصرية ، سنة ١٩٣١ .

الطبيب مع علمه بأنه أصيب مراراً بالسيلان في سابق الأوقات، وبعد ذلك يحضر امرأته تلك الفتاة البائسة كمریضة للطبيب فيفهم انه كزوجها هو السبب وانه هو ايضاً مريض بالسيلان المزمن .

ويرى المؤلف ان يذكر هنا شيئاً عن السيلان عند المتزوجين . فاذا أصيب الزوج او الزوجة بسيلان حاد فلا بد وان تنتقل العدوى للطرف الاخر فيصاب بسيلان حاد . واذا كان الرجل مصاباً بالسيلان المزمن وتزوج فلو حفظ أن الزوجة تصاب أحياناً بسيلان حاد وأحياناً تبقى زمناً طويلاً بدون أن تظهر عليها أى أعراض المرض وفجأة تصاب بسيلان حاد . واذا كانت الزوجة مصابة بسيلان مزمن فينظر في المسألة جيداً : فان كان السيلان متخذاً محلاً مختاراً له في الاعضاء التناسلية الداخلية كالبيض او بوق فاللوط او الرحم مثلاً فيكون الزوج قليل التعرض للعدوى . وان كان السيلان بالمهبل وما يحوى من غدد فيكون الزوج معرضاً جداً للعدوى . وان كان السيلان بمجرى البول النسائي فلا يتعرض الزوج عادة للعدوى ان كانت امرأته نظيفة العادات اى اذا كانت تغتسل جيداً قبل الجماع . ولكن لا يغيب عن فهم القارىء ان ميكروب السيلان حتى اذا كان مختفياً في أية بقعة غير المهبل فمن الجماع المتوالى وتهيج الاعضاء واحتقانها قد تنتقل الميكروبات للمهبل فتتجدد العدوى وتصير الزوجة مصابة بسيلان مزمن عميق وسيلان مزمن أو حاد بالمهبل . وقد تنتقل الميكروبات من مثانة المرأة المصابة بسيلان مزمن الى الفرج والمهبل بواسطة البول . وعلى العموم فان العدوى بالسيلان قلما تكون مزمنة في المثانة بدون أن يكون المهبل مصاباً بسيلان مزمن لأنه يحدث أن تصاب المرأة في المهبل أولاً وتنتقل منه العدوى للمثانة ففي هذه الحالة يكون المهبل أحق بالسيلان المزمن .

والآن نعود الى الاعراض التى يشكو منها المريض . فاحياناً يزورنا مريض لا يدري كيف يهبر عن مرضه فتراه مضطرباً منزججاً يشكو مرة من آلام عند التبول وأخرى من ضعف تناسلى شديد أو ألم عند طرف القضيب الامامى أو الخلفى ، وتارة يذكر أوجاعاً في البروستاتا وتارة يذكر نزول المنى بكثرة عند الجماع وطوراً يقول انه

لا يشكو من قلة الانتصاب بل من استحالة (الانزال) ، ثم ينتقل فجأة لوصف أوجاع
بالرأس وبالعظام وبالعמוד الفقري وضعف في النظر ثم يعود لذكر الصديد الذي
ينزل من القضيب و يعرج قليلا على الاطباء الذين عاجوه فيتذمر من خشونة بعضهم
ومن جهل البعض الآخر ويقدم لنا عدداً من (تذاكر الدكاترة) يقرب في حجمه
مجتمعاً من حجم (مقدمة ابن خلدون) . وربما كان هذا المريض من الاغنياء فترى
حديثه يدور على زياراته المختلفة لأطباء باريس وليون ولندن وأخيراً ربما يقول
« ومن هذا ترى يا دكتور اننى اثق فى حضرتك واننى متأكد بل لا مؤاخذه اظن
اننى سأشفى على يديك » . هذه صورة تفصيلية للمرضى الذين يصابون بمرض
النوراستينيا التناسلية (نوراستينيا سيكسيواليس) وهى حالة تستدعى لعلاجها مهارة
فنية ومقدرة كبرى فى دراسة عقلية المرضى حتى يتمكن الطبيب من تحمل مسئولية
معالجتها .

وتفحص المريض بأن نطلب منه أن يتبول فى كأسين أو ثلاث كاسات أو ٤
كاسات ، ونطبق ماقلناه سابقاً عن طرق الفحص بالكاسات لسكون رأياً عن الحالة ،
فاذا كانت التهاباً مزمناً بمجرى البول الامامى فاننا نجد بالبول الذى بالكأس الأول
بعد فحصه بالميكروسكوب مجموعة من ميكروب السيلان والخلايا الصديدية (واكثرها
بوليمورفونوكليارز ومونونوكليارز ، وأحياناً خلايا مخاطية) ونرى بعض الميكروبات
داخل الخلايا ولكنها قليلة ، واكثر الميكروبات تكون خارج الخلايا . وفى حالات
كثيرة ترى هذه الخلايا وبعض الميكروبات الأخرى ولا ترى ميكروبات السيلان
(ويمكن التمييز بين هذه الميكروبات بطريقة « جرام » وغيرها مما ذكرنا سابقاً) .
وأحياناً يظهر البول رائق اللون نظيفاً مع ان المريض يشكو من (حرقان) داخل
القضيب ، وهما نضطر لفحص مجرى البول اولاً بالمجس (شكل ٧ رسم نمرة ٦٠)
ونرى بطرفه رأساً مخروطية سمكية فتدخل هذه الرأس أولاً بالقضيب وندفع المجس
بطء داخل القضيب . فان كانت بعض التقرحات موجودة بسطح مجرى البول
فيشعر المريض (بحرقان) من احتكاك رأس المجس بالقرحة ويمكن الطبيب معرفة

موقع القرحة من العلامات المدرجة على طول المجس . وان وجدت بعض الحلمات أو الأورام الصغيرة بمجرى البول فان الطبيب يشعر بشيء يقاومه . وأحياناً يدخل المجس ولا يشعر المريض بشيء ما ولكن رأس المجس تقابل شيئاً يقاومها قليلاً ولكن بمجرد الضغط عليها تدخل دفعة واحدة ، وهذا يبين ان المريض عنده ضيق (سترىكنشر) . وأحياناً يسير المجس بسهولة داخل المجرى كله ولا يشعر المريض (بحرقان) أو غيره فيظن الطبيب انه لا يوجد شيء ما . ولكن ننصح باتباع الطرق الآتية :-

يدخل الطبيب المجس المذكور حتى آخر مجرى البول الامامى ويتدىء في اخراجه شيئاً فشيئاً ويبطء وقبل أن يحركه لاخراجه يضغط بيده الأخرى على حائط مجرى البول الخارجية فوق النقطة التى يشعر أن رأس المجس تحنها . ويستمر في اخراج المجس وكلما تحركت رأس المجس يحرك الطبيب أصابعه التى تضغط من الخارج على هذه الرأس وبهذه الطريقة يضغط الطبيب على الغدد الصغيرة والقرح العميقة التى تكون على سطح مجرى البول الداخلى . فإذا كانت هذه الغدد مملوءة بالصديد فيخرج الصديد المختفى . وان كان سطح القرحة العميقة ناعماً ومغطى بطبقة مركبة من مواد الارتشاح الالتهابى (اينفلاماتورى اينفيلتريشن) فان هذا الغطاء يتشقق وتنكشف هذه القرحة ، فإذا ارجع الطبيب المجس بعدئذ داخل القضيب مرة ثانية فيشعر المريض بشيء من (الحرقان) عند مرور رأس المجس بهذه القرحة . وبما انه توجد أنواع كثيرة من هذا المجس وشكلها واحد في نظرية تركيبه مع بعض التغيرات البسيطة ، فأننى أنصح باستعمال (مجس « كرياس ساوند ») الذى ذكرناه في فحص الغدد والقرح . ويمكن استعمال نوع (جويون) فى ما عدا ذلك . وعلى العموم فأننا ننصح بعدم استعمال (الفازلين) أو (الزيوت) وحتى ولا (جليسيرين) لادخال هذه الآلة ، بل يجب استعمال الماء المعقم فقط . وسيأتى الكلام على تحديد مقدار الضيق اذا كان موجوداً . وأخيراً يتم الطبيب فحص مجرى البول الامامى بواسطة اليوريثروسكوب فيرى كل المجرى من الداخل بما يحوى من فتحات الغدد وقرح وارتشاح بسيط أو ارتشاح متسبب فى وجود ضيق وغيره . ونفحص مجرى البول

الخليقي بطريقة الكاسات أيضاً، ونفضل أن يغسل الطبيب مجرى البول الامامي جيداً قبل أن يسمح للمريض بالتبول حتى تخرج أى افرازات او خيوط تكون معلقة على سطح هذا المجرى . فاذا وجدت افرازات وخيوط فى الكأس فانها بطبيعة الحال تكون خارجة من مجرى البول الخلقى او منه ومن المثانة، وهكذا . و بفحص عينة من مرسب (سيدمنت) البول المذكور ربما نجد ميكروب السيلان . وبما ان سيلان مجرى البول الخلقى المرمن يكون عادة مصحوباً بالتهاب البروستاتا أو التهاب الحويصلات المنوية فيجب فحص هذين العضوين للتحقق من حالتهما (وسيتأتى وصف ذلك فى وصف امراض البروستاتا) . وأما ضيق مجرى البول الخلقى فقليل ونادر ويمكن تشخيصه كما سيتأتى فى وصف ضيق مجرى البول . ولا بد من فحص المريض باليوريتروسكوب وسنتكلم بعد قليل عن هذا الفحص .

وارانى مضطراً الآن لذكر شىء عن الفحص الميكروسكوبى فى السيلان المزمع، اذ كثيراً ما يزورنا مرضى وبعد فحصهم نجد عندهم سيلاناً مزمنًا ويقولون انهم حللوا البول مرات متوالية فلم يجدوا به ميكروب السيلان ، وتقول هنا « ان ظهور ميكروب السيلان فى بول المرضى بالسيلان المزمع ليس ضرورياً او لازماً لتشخيص المرض عندهم ، بل بالعكس فهو نادر الظهور بالبول فى مثل هذه الحالات » . ولذلك فكروا فى تهيج مجرى البول بطرق مختلفة ليظهروا الميكروبات المختفية فى مجرى البول والبروستاتا وغيرها . ويستعملون لذلك (١) حقن المريض بمحاليل من أملاح الفضة قوية . (٢) تهيج المريض بأن يشرب كحولاً كالويسكى او الكونياك او غيرها من المواد الكحولية ويقضى وقتاً طويلاً فى وسط به نساء أو يرقص فى احتفال او (صالة رقص) او يجامع امرأة ، ولو ان الطريقة الاخيرة تكون أحياناً متعذرة أو خطيرة . (٣) تدلك البروستاتا جيداً . (٤) يحقن المريض بمقدار ٢٠ الى ٣٠ الى ٤٠ مليون من قاكسين السيلان أو بمقدار ٢٠ الى ٣٠ مليوناً من قاكسين (أرتيجون) داخل الوريد فتظهر الميكروبات التى كانت مختفية وترتفع حرارة المريض قليلاً^(١) . والطريقة التى

(١) لايجوز اتخاذ ارتفاع الحرارة بعد حقن (أرتيجون) كطريقة لتشخيص السيلان اذ يرتفع احياناً حرارة الشخص اذا حقن بالارتيجون حتى ولو لم يكن مريضاً بالسيلان .

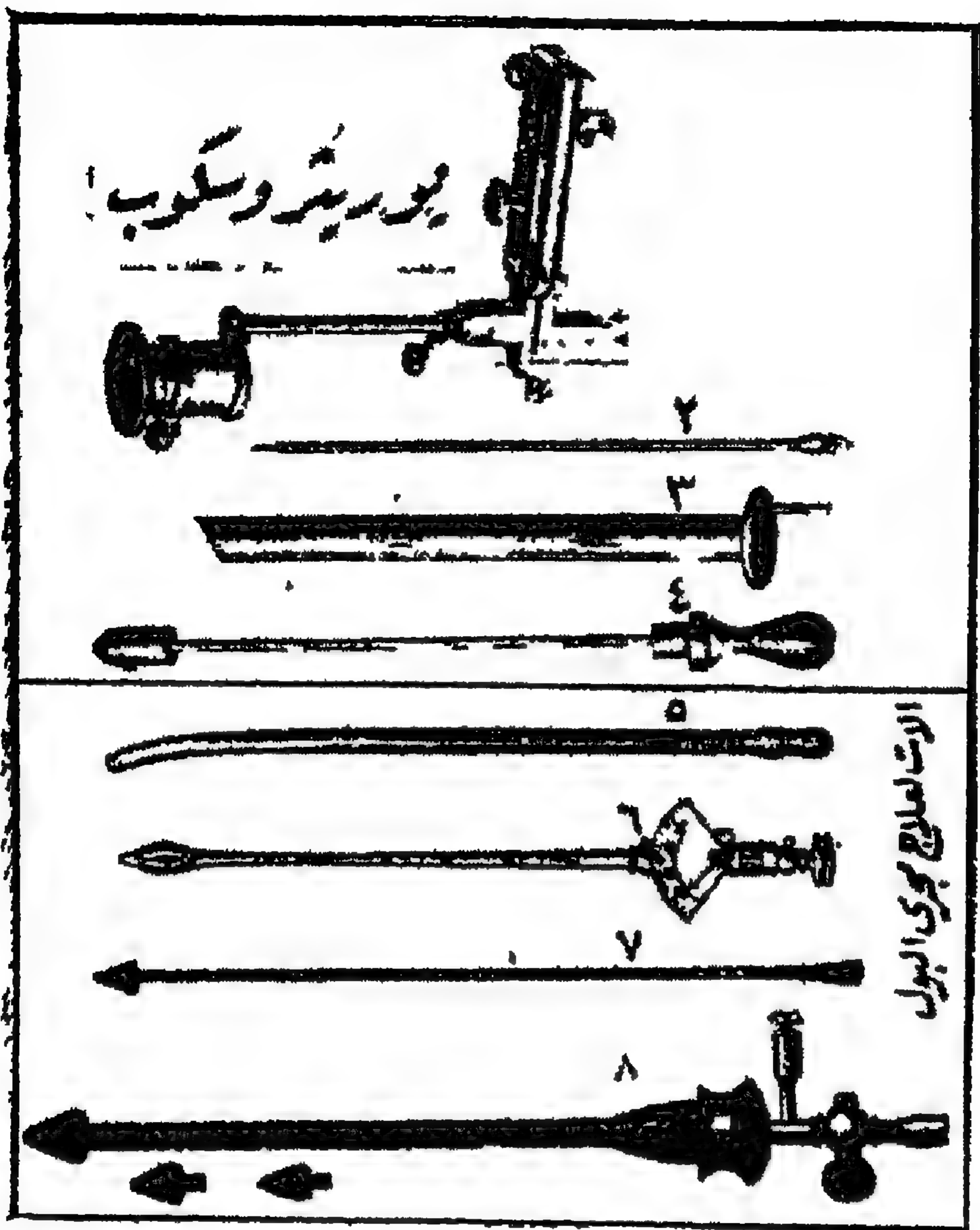
تتبع في حالات السيلان المزمّن التي تكون مخفية ولا تظهر فيها ميكروبات السيلان بأى الطرق المذكورة هي ان نطلب من المريض ان يشرب يوميا كأسين من الويسكى مثلا ليلا ويذهب للمراسح أو التياترات ويحضر عند طبيبه يوميا لعمل تدليك (ماساج) للبروستاتا بدون ان يغسل مجرى البول ولو مرة واحدة . وبعد ٣ أيام يحقنه بمقدار ٤٠ مليون (جونوكوكن فاكسين « ميرك ») او (جونياترين) او (أرتيجون) ونعمل له ثانى يوم لهذه الحقنة تدليكا للبروستاتا. وبعد التدليك نأخذ عينة من افراز البروستاتا ونطلب من المريض أن يتبول حالا ونرسل البول ونأخذ الراسب ونفحص افراز البروستاتا وراسب البول فنجد ميكروب السيلان. ويمكن الاستغناء عن التياترو والمرقص بأن يطلب من المريض أن يجرى قليلا أو يلعب العابا رياضية لمدة ربع ساعة يوميا ونعمل هذه الطريقة للشبان الذين يستشيروننا للزواج مع إعادة الفحص البكتيريولوجي عدة مرات .

وتوجد طرق أخرى لتشخيص السيلان ولكننى أعتقد انها طرق نظرية اكثر منها عملية ، فمثلا يشخصون السيلان بتلقيح الجلد بالميكروب فوق الذراع أو الفخذ كما يفعلون في تشخيص (مرض السل) بواسطة مادة ال (تيوبيركيولين) . أو يفحصون الدم للتحقق من وجود السيلان بطريقة تشبه (عملية فازرمان) لتشخيص الزهري . وعلى العموم فلا بأس من الالتجاء لاستعمال طريقتين أو ٣ طرق بين الواحدة والأخرى مقدار ١٥ يوما للتحقق من وجود السيلان عند أى رجل يريد ان يتزوج وقاية له ولعائلته في المستقبل . مع إعادة الفحص بكل طريقة منها عدة مرات وبين فترات متعددة .

منظار مجرى البول (يوريثروسكوب)

عملية الفحص باليوريثروسكوب

توجد أشكال كثيرة لليوريثروسكوب ولكنها كلها مبنية على نظرية انارة مجرى البول بادخال لمبة صغيرة كهربائية داخله . ومن أبسط الانواع (يوريثروسكوب ثلثين) - راجع رسم نمرة ٦٠ - ويتركب من الآلة الكبرى بما فيها (النظارة



(رسم نمرة ٦٠)

(١) منظار مجرى البول للعلامة هايبتين (هايبتين يوريثروسكوب) وتري به (النظارة المكبرة) بطرفه الايسر واما نصفه الأعلى فهو حيث يتصل المنظار بالتيار الكهربائي . وتري عمودا معدنيا صغيرا وعليه علامة سهم صغير وهذا العمود هو عمود اللمبة الكهربائية مركب في اليوريثروسكوب وتراه كاملا في شكل (٢) وبه اللصق . (٣) الماسورة المعدنية وتركب في اليوريثروسكوب بواسطة العمود الصغير الذي فوق رأس الماسورة ويتصل باليوريثروسكوب عند السهمين الصغيرين (٤) محس صغير يوضع في الماسورة المعدنية قبل ادخالها بالانفسيب (٥) قسطرة بها فتحات صغيرة في طرفها لتسيل مجرى البول (٦) مقياس مجرى البول للعلامة اوتيس (أوتيس يوريثروميتر) (٧) بول آتوجي مدوح للعلامة جويون (بول آتوجي) (٨) جهاز العلاج بالتحليل الكهربائي للعلامة (أوبيرلاندر) .



(رسم نمرة ٦١)

ترى في يمين الرسم صورة الطبيب باطرا بعينه (في نظارة اليوريثروسكوب المكبرة) وترى اليوريثروسكوب موضوعاً داخل قضيب المريض وترى المريض نائماً على كرسي الفحص . وترى في شمال الرسم صورة الجهاز الذي يوصل التيار الكهربائي لليوريثروسكوب ويسمى هذا الجهاز (بانتوستات) وترى سلكاً كهربائياً واصلاً من هذا الجهاز لليوريثروسكوب . ويمكن الاستغناء عن هذا الجهاز باستعمال لوحة من الرخام بها (اكيومبوليشن أباراتس) او استعمال بطاريات كهربائية قوتها من ٦ الى ٨ فولت ولكننا فصل استعمال البانتوستات (أونيفيرسال ايردشولوس فراير) . وتوجد أجهزة متعددة مختلفة الاثمان تعطى التيار الكهربائي المطلوب .

وتوجد أنواع أخرى من اليوريثروسكوب أكثر دقة وأدق استعمالاً يضيق المقام هنا عن وصفها ويمكن القارئ المعرّم مطالعة اوصافها في الموسوعات الطبية .

المعظمة) - شكل ١ رسم نمرة ٦٠ - ومن اللعبة الكهربائية الصغيرة المركبة على عمود معدني صغير شكل ٢ رسم نمرة ٦٠ ، ومن (ماسورة معدنية) شكل ٣ رسم نمرة ٦٠ ، ومن عمود معدني في طرفه قطعة من المعدن سمكة بشكل اسطوانة طرفها

مخروطى ناعم . وطريقة استعماله هى ان يركب عمود اللبة فى الآلة الكبرى (شكل ١ رسم نمرة ٦٠) وتوصل هذه الآلة بمصدر التيار الكهربائى ، ويمكن استعمال بطاريات كهربائية بقوة (٤ الى ٦ فولت) او استعمال الجهاز الذى يسمونه (باتتوسنات) والذى يصلونه بالتيار الكهربائى العمومى للمدينة . او لمصدر تيار كهربائى محلى ويوصل اليوريثروسكوب بهذا الجهاز .

طريقة استعماله — ينام المريض على كرسى الفحص ، وتظهر حشفة القضيب ويدخل الطبيب العمود المعدنى (شكل ٤ رسم نمرة ٦٠) داخل الماسورة (١) (شكل ٣ رسم نمرة ٦٠) ويدخل الماسورة بما فيها فى القضيب . ثم يخرج الطبيب العمود المعدنى من الماسورة وينظف داخل الماسورة بواسطة (سبيخ) معدنى بطرفه قطعة قطن معقمة . وبعد اخراج هذا السبيخ يأخذ الطبيب اليوريثروسكوب وبه عمود اللبة ويفتح التيار الكهربائى وينير اللبة للدرجة التى يريد بها من الضوء اللازم ويدخل العمود الذى فى طرفه اللبة داخل الماسورة ويفحص المريض بأن ينظر فى (النظارة المكبرة) التى فى اليوريثروسكوب . ويرى القارىء صورة الجهاز والطبيب والمريض فى (رسم نمرة ٦١) . ويفحص الطبيب مجرى البول الامامى من اسفله جزءاً فجزءاً أو يخرج الماسورة شيئاً فشيئاً حتى يصل لفتحة القضيب الامامية . وننصح بغسل مجرى البول جيداً بطريقة (جانيت) أو بغيرها لتطهير المجرى عقب الفحص . ويوجد يوريثروسكوب لفحص مجرى البول الخلفى . وبما ان الطبيب يحتاج لتتيم علاج مجرى البول وهو يستعمل اليوريثروسكوب فقد ركبوا يوريثروسكوباً للفحص والملاجع معاً والمؤلف يستعمل أحياناً نوع (اوبرلندر) وهو آلة رقيقة دقيقة سهلة الاستعمال ، واما ما يراه الطبيب فى مجرى البول عند الفحص فهى القرحة السيالانية والارتشاح والحلمات وكل الاورام الصغيرة والكبيرة وأحياناً يكتشف الطبيب عند الفحص بهذه الآلة قرحة زهرية فى اول مجرى البول (وقد استخرجت مرة بواسطة هذه الآلة

(١) تطهر هذه الماسورة جيداً وداخاها العمود المعدنى بواسطة وضئها فى كحول قوى لمدة ربع ساعة ويمكن تطهيرها فى الماء الساخن . ثم يحقن الطبيب بمقدار ٤ الى ٦ جرام محلول (البيسوم نيتريكوم ٢ فى المائة) او (بوهوكاين ٣ فى المائة) لمع شعور المريض بالالم .

قطعة مستطيلة من (القلم الاردواز) كان تلميذ يلعب بها في اول القضيـب - كطريقة من طرق العادات السرية - فسقطت منه في مجرى البول . واستغنيا بذلك عن عملية جراحية بسيطة ولكن نتائجها متعبة) . ولتتيم العلاج بهذه الآلة نستعمل المحسـ بسوائل مطهرة كاوية كمحلول نترات الفضة او صبغة اليود أو محلول حمض الكروميك وغيرها ، ونستعمل الكي بواسطة ابرة من البلاتين تسخن بالكهرباء (ايليكتريك كوتيرى) وتوجد أنواع من الابـر مختلفة الحجم . ونستعمل مـعقمة الكـمت (كيورينـج سـبون) وغيرها من الطرق . هذا ملخص لطريقة استعمال هذه الآلة وتوجد آلات أخرى تسمى منظار المثانة (سيستوسكوب) وآلات أخرى تسمى .منظار الحالب (يوريتروسكوب) ، وتستعمل في فحص وعلاج المثانة والحالب وكلها مركبة بنفس نظرية اليوريتروسكوب ، ولكن تحتاج في استعمالها لتخدير المريض بالكافورفورم او غيره ويضيق المقام هنا عن وصفها ونصح القارىء بمراجعة تفاصيل استخدام كل هذه الآلات والعلاج بها وما يراه الطبيب عند ما يفحص المريض بها فى مؤلف اكبر من هذا . والآن نتكلم عن العلاجات المختلفة الباقية باختصار لضيق المقام : -

ضيق مجرى البول (سترىكنسـر)

ينتج هذا الضيق عادة من السيلان المزمن او من حقن مجرى البول بمحاليل قوية كما يعمل كثير من الشبان عند ما يشتري الواحد منهم جرماً من پرمنجنات البوتاسا ويذيبه فى ٢٠٠ جرام او ٥٠٠ جرام ماء ويحقن نفسه به ليتخلص من اصابة بالسيلان الحاد . وينتج من أى علاج سـبـيـء او من طرق توسيع الضيق الذى يكون عند بعض المرضى والتي يتبعها بعضهم حيناً يدخلون المجسات بقوة فى مجرى البول فيحصل نزيف دموى من تمزيق هذا الضيق تمزيقاً عنيماً . واحياناً يكون الضيق

موروثاً أى يولد به الشخص^(١) بدون ان يكون تعرض للسيلان قط . وأحياناً يكون نتيجة لمرض آخر كالزهرى او الدرن فى مجرى البول . ويندر جداً حصوله من اصابة أو حادثة (وقد رأيت ضيقاً شديداً عند شاب كان يتبع عادة سرية غريبة وهى انه كان يدخل « يد الريشة » التى كان يكتب بها فى قضيه لمسافة ٥ أو ٦ سنتى متراً ويحركها للخارج والداخل مراراً فيجد بذلك لذة . واستمر هكذا لمدة ٤ شهور واخيراً حصل عنده التهاب حاد اضطررنا لعلاج به فى ٤٠ يوماً ونتج عن ذلك ضيق شديد على بعد ٥ سنتى متر من فتحة القضيب الأمامية) ، وقد رأيت عدة حالات كهذه .

تشخيص الضيق - نستعمل فى تشخيص الضيق المجسات المدرجة ، فيدخل الطبيب المجسات حتى يصل للمجس الذى يلاقى مقاومة فى ادخاله ومنه يعرف الطبيب مقدار الضيق . وليلاحظ دائماً أن فتحة القضيب الأمامية لاتسمح عادة بادخال مجساً سمكه اكثر من (٢٤ وحدة من وحدات شاريير) فهو يدخل من ثمرة ١٧ الى ٢٤ حيث يلاقى ضيق . وبما أن اتساع مجرى البول على طوله اكبر من اتساع فتحة القضيب الأمامية وتجده يصل احياناً الى (٤٠ أو ٤٥ أو ٤٨ وحدة من وحدات شاريير) فان وجد ضيق لدرجة ٣٠ متلاً فلا يمكن ادخال مجس ثمرة ٣٠ لأن فتحة القضيب ثمرة ٢٤ ولذا فائنا فى هذه الحالة نشخص مقدار الضيق بواسطة آلة يسمونها آلة مقياس مجرى البول (يوريثروميتر) ، ونستعمل نوع (يوريثروميتر أوتيس) - شكل ٦ رسم ٦٠ - وندخله ونقيس به مقدار الضيق . ويمكن استعمال موسع كولمان (كولمانز ديليتور) - شكل ٣ رسم ٥٧ - وطريقة استعمال الاثنين بسيطة ، إذ ندخل الآلة ونحرك اليد حتى نعرف قيمة الاتساع ويمكن معرفة مقدار الضيق من العقرب الذى يتحرك فوق الأرقام المكتوبة على الآلة . وليلاحظ القارىء انه يقل حصول ضيق فى مجرى البول الخلفى .

طرق التوسيع - (١) بواسطة المجسات العادية : ندخل المجسات حتى نصل لأكبر اتساع فى هذا الضيق . ونستمر ندخل آخر مجس يدخل بسهولة

مرات متوالية ثم ندخل أكبر منه ونتركه مدة ١٠ الى ١٥ دقيقة داخل مجرى البول ونخرجه ونكرر هذه العملية ٢ أو ٣ مرات اسبوعياً. ولكن يجب ان لا يحدث الطبيب نزيفاً دموياً يزعج المريض. (٢) بواسطة موسع كولمان (كولمانز ديليتور) ويجدر بنا أن ننبه القارئ الى ان استعمال هذا الموسع هو الطريقة الفنية للتوسيع اذ لا يستعمل الطبيب ضغطاً شديداً في ادخاله في « الضيق » بل يدخله وهو مقفول ثم يبتدي توسع ببطء ويدله « العقرب » بتحركه مشيراً للأرقام التي على الآلة على مقدار الاتساع الذي وصلت اليه أذرع الآلة التي داخل الضيق. وزد على ذلك أن الطبيب يمكنه أن يدخل محلولاً مطهراً ساخناً داخل المجرى في نفس الوقت الذي يكون فيه الموسع داخل القضيب وذلك بأن يدخل الطبيب المحلول بواسطة (الماسورة) المعدنية التي يراها القارئ في رسم موسع كولمان. (٣) بواسطة المجس الكهربائي: هذا المجس يشبه المجس العادي في شكله ويختلف عنه في تركيبه بأن الطبيب يمكنه ان يسلط تياراً كهربائياً على المجس ليسخنه، وقد لاحظوا أن استعمال هذا المجس مع تسخينه وهو داخل مجرى البول يفيد في شفاء الضيق بسرعة أكبر من استعمال المجسات العادية لأن الاحتقان (هيريميا) الذي ينتج عن السخونة يساعد^(١) كثيراً على امتصاص الخيوط اللينة المتكونة في « الضيق ». وليلاحظ القارئ أن الحرارة التي نسمح بها لا تتعدى ٥٠° الى ٥٢° قط ويعرف الطبيب مقدارها بواسطة ميزان الحرارة (ثيرموميتر) الموجود بالآلة. ويترك المجس في مجرى البول من ٢٥ الى ٣٥ دقيقة كل مرة وتكرر عملية ادخال هذا المجس مرتين اسبوعياً. (٤) بواسطة شق « الضيق » بمشرط حاد: ويشقون^(٢) هذا الضيق عادة من خارج القضيب بواسطة عملية جراحية بسيطة أو يشقون الضيق من داخل مجرى البول بواسطة ادخال مجس به سكين صغيرة في وسطه وعند ادخال المجس (حتى تكون حافة السكين على الضيق) تحرك يد السكين الخارجية فتتحرك السكين وتشق هذا الضيق. ولكنها

(١) روست . كوبيك . فرايك . برونز .

(٢) ويسمون شق الضيق من خارج مجرى البول وداخه (يوريثروتوميا ايكستيرنا) به

إيشيرنا) .

عملية يصحبها نزيف وغيره وأحياناً لا يلتئم الجرح بسهولة ، وعلى العموم فنحن لانلجأ لها إلا في أنواع الضيق الشديد . ويفضل عمل الشق للتوسيع باستخدام « سكين الدياتيرمي » إذ لا ينتج عنه نزيف مثل السكين العادي .

وقبل ترك هذا الموضوع تنبه القارئ الى انه يجب تعقيم كل هذه الآلات جيداً قبل ادخالها في القضيب ، ويجب على الطبيب ان يغسل مجرى البول جيداً بمحلول مطهر ساخن مثل (پرمنجنات البوتاسا ١ في ٥٠٠٠) أو البارجين (١ في ٢٠٠٠) قبل ادخال هذه الآلات . وبعد الغسيل يستحسن أن يحقن الطبيب مقدار ٦ الى ٨ سنتي متر مكعب من زيت معقم قبل ادخال الآلات . وقد يستحسن في بعض الحالات العنيدة ان يحقن جسم المريض بمادة تساعد على امتصاص الخيوط الليفية التي في « الضيق » ويستعملون لذلك حقن (فيبروليسين) ويعطون ٨ الى ١٢ حقنة وكل حقنة ٢ الى ٥ ر ٢ جرام وتعطى كل ٣ أو ٤ ايام . وتوقف الحقن اذا ظهرت على المريض أى اعراض تسمم وأهمها خمول عام وارتفاع في درجة حرارة المريض وصداع أو ألم شديد بالرأس ويعطى المريض (شربة سلفات الصودا) أو ما يقوم مقامها وبعض مسكنات الصداع أو الألم .

التهاب البروستاتا (بروستاتيتيس)

تلهب البروستاتا عادة في حالة سيلان مجرى البول الخافى ^(١) ولذا يجب فحص البروستاتا في كل حالة سيلان بمجرى البول الخافى ، وأهم ما يستلقت نظرنا في هذا الفحص هو حالة البروستاتا من تضخم قليل أو تصلب أو ألم أو شكل افرازات البروستاتا التي تخرج بعد تدليك البروستاتا . وتفحص البروستاتا بالطريقة الآتية : ينحني المريض الى الأمام على كرسي الفحص بحيث يرتكز جسمه على المرفقين والركبتين (ايلبو- في پوزیشن) . ويلبس الطبيب قفازاً أو أصبعاً من الكاوتشوك وقليلاً من الفازلين

(١) وقد لاحظ (فايلش) وغيره من العلماء التهاب البروستاتا في أكثر من ٩٤ في المائة

من السيلان بمجرى البول الخافى .

و يدخل أصبعه في فتحة الشرج ويفحص البروستاتا بلطف حتى لا يسبب ألماً شديداً للمريض، ويطلب من المريض أن يخبره حالاً إذا كان يشعر بأي ألم . وبوجه عنايته الى فحص أجزاء البروستاتا على جانبيها وفي وسطها ويلاحظ صلابتها وتضخمها ويجهد لمعرفة ان كان يوجد بعض الصديد في البروستاتا أو حولها حتى يقوم بفتح الخراج الموجود حالاً . وعلى العموم توجد ٣ أنواع من التهاب البروستاتا (١) التهاب البروستاتا الغددي (بروستاتيتيس جلانديولاريس) وهو نوع لا تتضخم فيه البروستاتا ولا تتصلب وكل ما يحصل هو ظهور خلايا صديدية ومخاطية في افراز البروستاتا الذي يخرج بعد التدليك ولا يكون هذا التدليك عادة مصحوباً بالألم بسيط جداً (٢) التهاب البروستاتا الجرابي (فوليكيولاربروستاتيتيس) وهو النوع الذي يشعر فيه المريض بألم عند التبول وأحياناً تخرج نقطة أو نقطتان من الصديد عند نهاية البول ويشعر المريض بآلام وأوجاع عند الانتصاب تكون خفيفة أولاً ثم تصبح شديدة عند انزال المنى . وأحياناً يشعر المريض بأن المنى ينزل عند الجماع بضعف شديد ، ويلاحظ المريض انه عندما (يتبرز) يخرج من القضيب مواداً لزجة وهذه هي بطبيعة الحال مواد منوية أى ان المريض عنده أيضاً سيلان منوى (سبيرماتوريا) . ويفحص البروستاتا يلاحظ الطبيب وجود ارتفاعات وانخفاضات بسطح البروستاتا . وكل ارتفاع أى ورم بسيط يكون بحجم (حبة الفاصوليا) أو (حبة الحمص) ويكون الفحص مصحوباً بالألم أقل من الألم الذي يصحب فحص نوع التهاب البروستاتا (پارينكيما تصبروستاتيتيس) ، وهو لا يختلف عن النوع الثانى عند الفحص الا بكون البروستاتا تكون متضخمة ويشعر المريض بألم شديد ويتصور دائماً أنه يريد أن يتبول وربما يصرخ عند الفحص صراخاً متوالياً ويقول « أريد أن أتبول يا دكتور . حالاً حالاً من فضلك . ألم شديد . خفف ايدك » مع أن الطبيب يفحص المريض في هذا الوقت بضغط خفيف جداً . والمعتاد ان التهاب في هذه الحالات يكون شديداً ، ولذا يجب أن ينام المريض في الفراش من ١٠ أيام الى ١٥ الى ٢٠ يوماً ويعالج وهو في الفراش ، وربما ينتهى التهاب بالشفاء وربما ينسب عنه خراج البروستاتا (بروستاتيك أبتيس) فيحصل ورم في البروستاتا ويجب فتح هذا الخراج . وتبع عادة هذه الطريقة : بعد تشخيص

الخراج ندخل منظار الشرج (ريكتال سيكيولوم) في فتحة الشرج وننظف الشرج بمحلول ساخن (بيكاربونات الصودا ٣ في ١٠٠٠) ثم نفسل الشرج بمحلول (البارجين ١ في ١٠٠٠) ثم نفتح الخراج وننظفه من الداخل ثم نفسل داخل الخراج بمحلول نترات الفضة أو البروتارجول جيداً ثم نملأ الخراج بشاش معقم ^(١) . ونتمم العلاج طبقاً لقواعد الجراحة المعروفة .

وأحياناً يفتح الخراج بنفسه قبل أن نفتحها بالشرط ويكون ذلك نتيجة لضغط عضلات البطن عند التبرز (ديفيكيشن) أو لتأكل حائط الخراج نفسه تأكلاً شديداً أو يحصل فجأة بدون سبب ظاهر . ويكثر انفتاح الخراج بهذه الاشكال في مجرى البول ، وأحياناً ونادراً يفتح في المستقيم أو في اتجاهات أخرى وتعالج كل حالة طبقاً لقواعد الجراحة المعروفة . وتكون هذا الخراج هو الذي يجعل حالة التهاب أغشية البروستاتا خطيرة إذ قد تنتهي بالوفاة من التسمم الذي ينتج عن انفتاح الخراج في أغشية الجسم . وقد ينتج عنه ناسور بولي ، أو ارتشاح بولي (يورنياري اينفلاتريشن) . ولاحظ (كادپر) التهاباً بالاً وردياً خارج البروستاتا (پيري پروستاتيك فايبيتيس) كنتيجة لالتهاب البروستاتا الحاد ، وقد ينتهي التهاب الاوردة بتكون صديد داخل الأوردة وفي هذا ما فيه من الخطر المعروف .

أما التهاب البروستاتا المزمن (كرونيك پروستاتيتيس) فهو عبارة عن أدوار الالتهاب الحاد المتأخرة أي التهاب نصف حاد (صباكوت) أو التهاب مزمن مصحوب بالتهاب مجرى البول الخفيف المزمن . وأحياناً تصحبه بعض أعراض الالتهاب الحاد قوية أو ضعيفة وأهمها شعور المريض بثقل داخل الحوض (پيلفيس) وثقل أو شبه ألم أو شعور « بنغزات أو شبكة الابرة أو غمزة السكين بين المحالين » عند انزال المنى في عملية الجماع . وعلى العموم يشعر المريض ببعض ما يشعر به المريض بالنوراستينيا التناسلية . ولكن أحياناً لا يشعر المريض بأي أعراض قط غير أعراض التهاب مجرى

(١) وقد نصح (ياداسون) بأن نفسل المستقيم (ريكتم) بعد فتح الخراج وتنظيفه بمحلول ساخن (البارجين ١ في ١٠٠٠) منعا من انتشار عدوى السيلان على سطحه . وهكذا نفعل ايضاً اذا انفتح الخراج بنفسه صدفة بدون عملية .

البول الحلقى المزمن . و بفحص البروستاتا لا يشعر الطبيب بوجود سخونة شديدة بالبروستاتا ولا تكون متضخمة الا قليلاً ولكنها تكون أكثر تصلباً منها في التهاب الحاد ، ويمكن تدليكها فيخرج منها افراز كثير . وبالنظر بالعين المجردة لهذا الافراز ترى كمية من الصديد به ، و بفحصه ميكروسكوبياً ترى خلايا صديدية مختلفة ونرى بعض ميكروبات السيلان وأحياناً غيرها من الميكروبات الاخرى . وأحياناً لا نرى بالعين المجردة شيئاً يذكر ، ولكننا نجد ميكروسكوبياً بعض ميكروبات السيلان . وأحياناً لا يخرج افراز قط . وبتهييج المريض بالطرق التي ذكرناها في صفحتي (٣٢٠ و ٣٢١) يمكننا اخراج افراز بالتدليك وترى ميكروبات السيلان عند فحصه ^(١) . وقصارى القول فان بعض مرضى البروستاتا المزمنة يصابون بارتفاع في درجة حرارة جسمهم عند أى اجهاد وخصوصاً عند الافراط التماسلى .

العلاج - نعالج التهاب البروستاتا الحاد بأن نطلب من المريض أن ينام في الفراش ويتعاطى غذاءاً خفيفاً خالياً من كل التوابل و (البهارات) ويتعاطى بعض العقاقير التي تعطى من الداخل في علاج السيلان الحاد ويوقف العلاج الموضعى لمجرى البول طالما توجد عنده أعراض حادة كالتهاب الموضعى بالبروستاتا أو ارتفاع درجة الحرارة وغيرها ، ويعمل مكمدات ساخنة (بين الحلين) مرة كل ساعتين . ويمكن استعمال المكمدات الكهربائية بواسطة (الثيرموفور) - راجع صفحة ٣٠٠ - ونفضل الجلوس في حمام ساخن لدرجة ٤٥° أو ٤٨° لمدة نصف ساعة يومياً أو حمامين يومياً لمدة ١٥ دقيقة . ويلاحظ الطبيب اعطاء (شرب مسهلة) كسلفات الصودا وغيرها لمنع الامساك لتسهيل اخراج الغائط . وأما البول فيخرج عادة (بحرقان) ولكن أحياناً يمتنع المريض عن التبول خوفاً مما يصحبه من الألم فتتملىء المثانة ، ويجب في هذه الحالة ادخال

(١) وعلى العموم يمكن الاكتفاء برؤيا خلايا صديدية بافرازات البروستاتا لاعتبار الحالة التهاباً بالبروستاتا اى ان وجود ميكروب جونوكوك عند الفحص الميكروسكوبى غير ضرورى لتشخيص التهاب العادى . ولتشخيص التهاب البروستاتا السيلاني نحتاج لرؤية « الاجسام الواوية » او لرؤية الجونوكوك او لتغيرات العضو الايكليبيكية التي لا تميز الا بخبرة خاصة .

قسطرة (١) في المثانة لتفريغها، ولكن يجب تحاشي استعمال القسطرة بقدر الامكان لان ادخال القسطرة مع أن مجرى البول يكون ملتهباً يعرض المريض لالتهابات تصيب الخصية أو البرنج. ونعطى المريض أدوية لتخفيف الألم في شكل اقناع (صبوزيتوريز) بها قليل من المورفين والبيلادونا أو أقناع الأفيون. وإذا كان الالتهاب لا يخف باستعمال العلاج السابق فتلجأ لاستعمال حمامات ساخنة للبروستاتا بواسطة ادخال مرطبة البروستاتا (بروستاتا كيله) - شكل ٦ رسم ٥٨ - في فتحة الشرج حتى تتركز على البروستاتا ونسلط على هذه الآلة تياراً من الماء الساخن لدرجة ٤٠° الى ٤٥° الى ٥٠° ونتركه يجري داخل « المرطبة » لمدة ١٥ دقيقة الى ٢٠ الى ٢٥ دقيقة يومياً فيساعد جداً على شفاء الالتهاب. وبعد ذهاب الالتهاب نبدأ بتدليك البروستاتا كما وصفنا سابقاً ولكن هنا نذلك تدليكا خفيفاً جداً لمدة دقيقة او دقيقتين اولاً وهكذا كل يومين ونزيد مقدار وقوة التدليك تدريجياً. وليلاحظ الطبيب أهمية غسيل مجرى البول جيداً بمحلول مطهر عقب كل تدليك منعاً لانتشار العدوى بالميكروبات الخارجة من البروستاتا على سطح مجرى البول. ويهتم هذا العلاج بضعة أسابيع لتخليص المريض من الميكروبات وظهور الصديد. وأحياناً يحدث للمريض التهاب فجئى فزوقف العلاج الموضعى. ويكتفى بالعلاج العام السابق الذكر مع استخدام الثاكنين كما سيأتى حتى يذهب دور الالتهاب، وهو يذهب عادة في يومين أو ٣ ايام ويعود الطبيب للعلاج الموضعى. وفي هذه الحالة ننصح باستعمال أقناع (أمونيوم صلفو إيثيول ٢٥ سنتى جرام. زبدة الكاكاو ٢ جرام. لقمع واحد. جهاز ١٠ اقناع، يلبس قمع بالشرح يومياً قبل النوم). وغنى عن البيان أن نذكر أنه بعد ذهاب الالتهاب في دور التهاب البروستاتا الحاد يجب معالجة مجرى البول أيضاً مع معالجة البروستاتا، وهكذا نفعل أيضاً في علاج التهاب البروستاتا المزمن. ولا بأس من معالجة البروستاتا علاجاً كهربائياً، ويستعملون كهرباء فاراداي (فاراديزيشن) و (جالفانيزيشن) و (هاى

(١) وقبل ادخال القسطرة نفسل مجرى البول جيداً بمحلول (البارجين ١ في ٣٠٠٠) ثم نمحقن مقدار ٥ الى ٦ جرام محلول (ألبينيوم نيتريكوم ٢ في المائة) لتخفيف الألم، وبطبيعة الحال ننضل استعمال قسطرة رخوة من الكاوتشوك.

فريكو ينسى إيليكنريك كارنت)، وقد نصح بعض الأطباء^(١) بمعالجة تضخم البروستاتا الذي ينتج عنه انحباس في البول (أوبستركشن) - ولو لم يكن هذا التضخم ناتجاً عن التهاب سيلاني - بواسطة تيارات كهربائية مغناطيسية قوية (اينتيسيف ماجنيك ويثز) أو بواسطة «الدياتيرمي». هذا هو ملخص العلاج الموضعي للبروستاتا وتم هذا العلاج عادة بالعلاج بالثاقسين، ونفضل ال (أوتوفاكسين) وعند تعذر الحصول عليه يمكننا أن نستعمل الأنواع الجاهزة بالسوق، ونفضل استعمال (جونارجين) ونتم العلاج باستعمال (فيلاكوجين «پارك دافيز وشركاهم») - راجع صفحة ٣١٣ - ولاحظت نتائج مشجعة من استخدام العلاجات الرافعة لدرجة حرارة الجسم مثل حقن اللبن «أولان» أو حقن «تيرپيشين». ونذكر القارئ أن كل هذه العلاجات يجب أن تصحب بعضها وبطبيعة الحال يقرر الطبيب طريقة العلاج وما يستحسنه طبقاً لما يراه عند كل مريض من العلامات الاكلينيكية.

التهاب السيلاني بالخصية والبرنج وبقناة نقل المنى (جونوريال اوركيتيس أند أيبديميكتيس أند - ديفرينشيكتيس) قلنا في صفحة ٢٦٣ أن العدوى «تصل للخصية عادة عن طريق قناة نقل المنى ولكن هذا أندر من الطريقة السابقة» وهذا هو رأى المؤلف. ولكن بعض العلماء^(٢) يعتقدون عكس ذلك ويظنون ان العدوى تصل للخصية والبرنج عن طريق قناة نقل المنى. وقد لاحظ (اولمان) وصول العدوى لهذه الاعضاء عن طريق الأوعية الدموية والليمفاوية. ولكن المؤلف بنى اعتقاده هذا على ملاحظاته الشخصية إذ لاحظ في حالات كثيرة التهاباً شديداً أو ضعيفاً بالبرنج وأحياناً بالخصية عقب التهاب مجرى البول الأمامي بمدة ٤ أو ٦ أيام فقط ولم يسمع من مرضاه أى شكوى يستنتج منها وجود التهاب بقناة نقل المنى. وعلى

Ralf Creasy: Treatment of Enlarged Prostate (by Static Electricity); Practitioner, Sept, 1922. (١)

(٢) شيندلر . ليف . أوبينهم .

العموم فان ثبت هذا الرأي أو ذاك فلا يتغير موقف المريض . فبعد تشخيص (١) الالتهاب السيلاني بأي واحد من هذه الاعضاء نعالجه حالا .

فعندما يتهب عضو من هذه الاعضاء يجب أن يستريح المريض في الفراش راحة تامة ، ويمنع الصفن - الكيس - (سكروتم) من أى حركة بأن توضع حوله (مخدات صغيرة) ، أو يستعمل المريض جهازاً صغيراً من قطعة خشب مكسوة بالقطن والقماش وفي وسطها فتحة بشكل نصف دائرة متسعة ويوضع هذا الجهاز على فخذي المريض ليرتكز عليه الصفن . واذا كان الالتهاب حاداً فنضع مكمدات ساخنة (٢) على العضو المريض ويمكن استعمال (التيرمو فور) بدل المكمدات الساخنة . واما في الحالات التي تكون مصحوبة بالألم شديد فنضع كيساً مملوئاً بالثلج فوق العضو المتهب ، فقط يلاحظ الطبيب اهمية وضع طبقة من القماش القطنى او قطعة (كستور) بين كيس الثلج والجسم منعاً لحدوث غنغرينا (جانجرين) بالجلد من البرودة الشديدة . وبعد ذهاب الالتهاب الشديد يمكننا أن نستبدل (٣) الثلج بمكمدات ساخنة منعاً لتكون خيوط ليفية نتيجة للارتشاح الالتهابى (٤) . واذا لم يخف الألم كثيراً فربما نضطر لاططاء

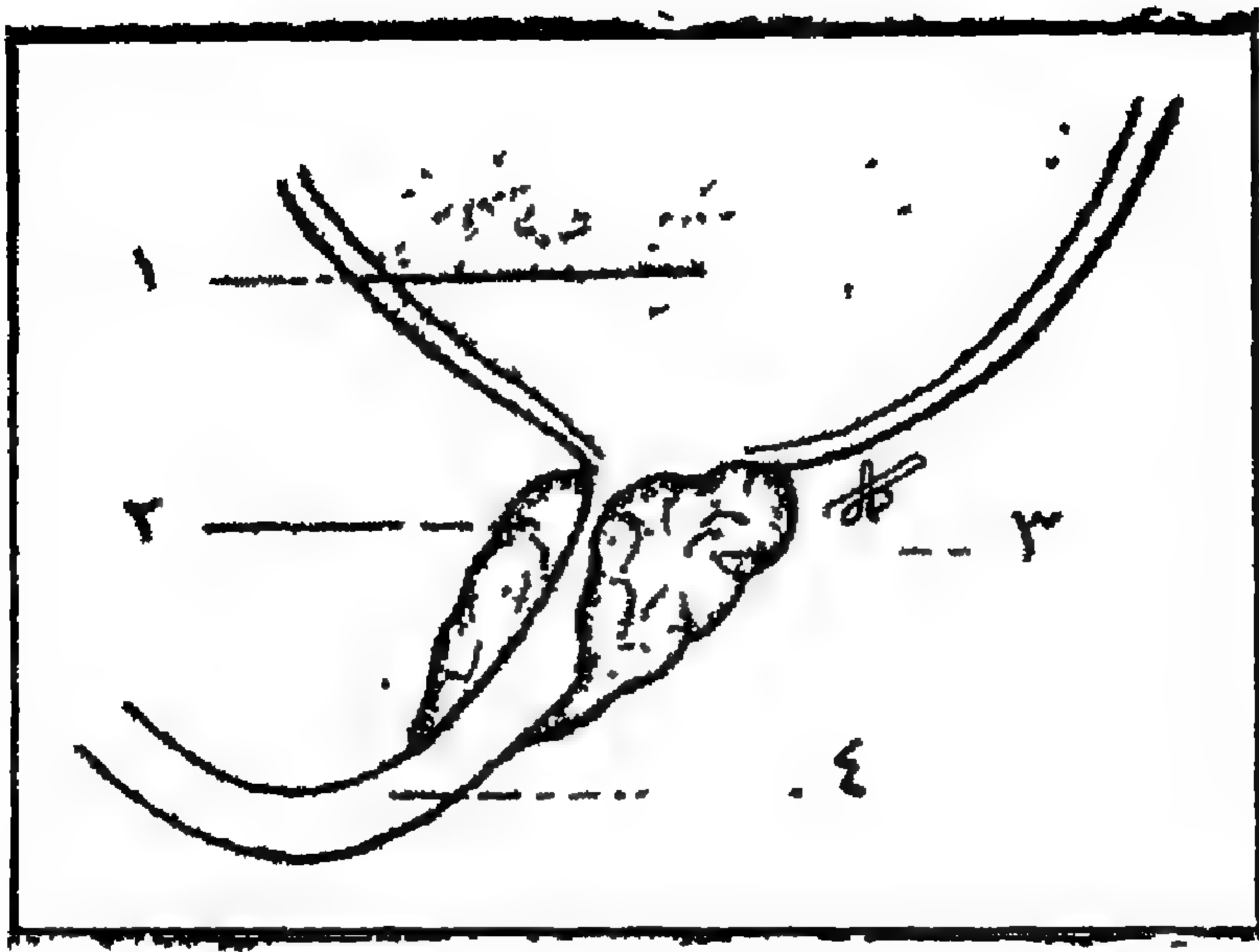
(١) يمكن القارىء مراجعة هذا التشخيص بمؤلفات اطول من هذا وننصحه بمراجعة المقال الآتى لما فيه من الملاحظات الطبية عن تشخيص زهرى البرنج من سيلان البرنج وغيره : — Syphilis of the Epididymis: Brit. Journ. of Dermat. & Syphilis, Fraser; June 1922.

(٢) ويمكن استعمال مكمدة انتيفلوجيستين ، لانها توفر مشقة تكرير المكمدات الساخنة على عاتق المريض .

ويظن (برونز) ان المكمدات الباردة في مثل هذه الالتهابات السيلانية افضل ومسكنة للألم اكثر من الساخنة .

(٣) فوسيدلو . فينجر وغيرهم .

(٤) ولتنعيم العلاج ومنعاً لتكون دققة بالبرنج او قناسة نزل المني ونحاشيا من حصول تصلب بالخصية يجلس المريض في حمام ماء ساخن بدرجة ٤٠° او ٤٥° أو ٥٠° لمدة نصف ساعة يومياً وبعد الخروج من الحمام ياف الصفن بقطعة من القماش مفروش فوقها مرهم (ايشتول ١٠ وفازلين ٩٠ جرام) . وربما يحصل بعض التسليخ الخفيف في جلد الصفن من هذا المرهم ولكنه تسليخ بسيط ليس له نتائج سيئة فقط يوقف الطبيب هذا المرهم وينصح باستعمال مرهم بوريك واوكسيد الزنك .



(رسم نمرة ٦٢)

التهاب البروستاتا : (١) المثانة (٢) الجانب الايسر للبروستاتا في حالته الطبيعية (٣) الجانب الايمن للبروستاتا ملتهباً متورماً (٤) مجرى البول.

المريض بعض المسكنات كحقن تحت الجلد وربما اضطررنا لاعطائه بعض المنومات مثل برومير اليوتاسا (پوتاسيوم بروميد) او (فيرونال) ، وقد لاحظت تحسناً كبيراً في الحالة العمومية من اعطاء المريض برشام (أسبيرين ١٥ سنٹی جرام . سترات الكافين ٥ سنٹی جرام . يوريتروپين ٣٠ سنٹی جرام . في برشامة واحدة ٣ مرات يومياً بعد الاكل) ، ولما يكون الالتهاب شديداً لا نعطي المريض غير أدوية مطهرة من الداخل ولا يجوز معالجة مجرى البول موضعياً ويستمر العلاجان معاً . ولكن لا يجوز ادخال الآلات بمجرى البول الا بعد انتهاء التهاب الخصية او البرنج او قناة قنل المني انتهاء تاماً منعاً لحدوث انتكاس ورجوع التهاب هذه الاعضاء من استعمال الآلات . وينصح الطبيب مريضه عند تركه الفراش بأن يلبس « كيساً رافعاً » ليقى الخصيتين والبرنج شر الحركة وليريج هذه الاعضاء . وعلى العموم نستحسن ان يلبس كل مريض بالسيلان كيساً رافعاً حتى يتم له الشفاء .

ويجب عمل علاج الفاكسين كما وصفناه . وقد نصحوا ^(١) باستعمال حقن (ايليكترارجول) أو (فولمارجين) في العضلات . فيحقن المريض كل ٣ أو ٤ ايام حقنة بمقدار ٥ سنتي متر مكعب ايليكترارجول ، أو يحقن يومياً حقنة فولمارجين بمقدار ٥ سنتي متر مكعب في الوريد وأفضل استعمال فولمارجين عن غيره . ويعتقد (ماك دوناخ) ان ايليكترارجول في هذه الحالات يفيد أكثر جداً من استعمال الفاكسين . ولاحظت ان « الارتيجون » وريدياً يعطى نتائج مشجعة .

وتوجد طرق غير هذه لعلاج البرنج يضيق المقام هنا عن شرحها واهمها طريقة « بذل البرنج » (بنكشر أوف ذى ابيديميسيس) ^(٢) . وطريقة « الف بالمشمع » (هيفت فلاستراينتيكلونج) ^(٣)

وارانى هنا مضطراً لذكر شيء عن العقم (ستيريليتى) الذى ينتج عن السيلان ، وأسباب هذا العقم هى التهاب الخصية و البرنج فى أكثر الاحوال . فاذا التهاب برنج واحد فلا يمنع ذلك من نجاح النسل . واذا التهاب البرنجان ونتج عن ذلك انسداد فى الاوعية التى تنتقل فيها الحيوانات المنوية (سبيرما توزوا) فيتسبب عن ذلك عقم تام . ولكن اذا لم ينتج عن الالتهاب انسداد بهذه الاوعية فلا ينتج عقم ما الا اذا كان حصل التهاب بالخصيتين فى نفس الوقت فقد ينتج العقم . وقد لاحظت حالات حصل فيها التهاب شديد بالبرنجين ولم ينتج عند اصحابها عقم ما .

وقبل ترك هذا الموضوع نذكر القسارى بضرورة تقيم علاج مجرى البول وما يصحب التهاب البرنج أو الخصية من التهاب البروستاتا وغيرها .

(١) بريندله . فيرت . باكوشر وغيرهم .

(٢) بيرمان . شيندلر . ادريان . ايرنيست وغيرهم .

(٣) فريكه . شواتز .

التهاب الحويصلات المنوية

سبيرماتوزيسيديس

لا يحصل هذا الالتهاب عادة الا بصحبة التهاب البروستاتا او البرنج . واعراضه التي يشكو منها المريض هي اعراض التهاب البروستاتا تقريباً وتزيد عنها بكون المريض يشكو من ألم عند الانتصاب ومن ألم شديد عند الجماع وخصوصاً عند الانزال ، ويتذمر كثيراً من (الاستحلام ليلاً) مرات متوالية . وبفحص الحويصلات يشعر الطبيب بكيسين صغيرين على جانبي البروستاتا ويتألم المريض للمسهما ، وتبدليهما يخرج افراز منوي واحياناً يكون افرازاً منوياً دموياً ويراه الطبيب هكذا بالعين المجردة ، وبفحصه ميكروسكوبياً يرى حيوانات منوية حية او مريضة لا تتحرك كثيراً او ميتة بدون رأس أو ذيل أو خلايا صديدية وأحياناً يرى ميكروبات السيلان . ويستمر التهاب الحويصلات زمناً طويلاً . وفي شدته ترتفع درجة حرارة المريض وينتهي بأن يصير التهاباً مزمناً . وأحياناً يزيد الالتهاب فتتولى الحويصلات مواد صديدية ونضطر لفتحها كخراج لتنظيفها ونفتحها من المستقيم أو من « العجان » (بيرينيم) أو من أى محل آخر . وأما علاج هذه الحويصلات العادى فهو يشبه علاج البروستاتا حرفاً بحرف فقط نعطي المريض مقادير متوالية من برومير البوتاسا أو الكافور منعاً للانتصاب لأنه مؤلم جداً .

التهاب المثانة السيمرني

(جونوريال سيستيتيس)

يكثر حصول هذا الالتهاب كنتيجة مباشرة لانتشار العدوى للمثانة من مجرى البول الخلفى او لوصول العدوى بميكروب السيلان من التهاب مجرى البول الامامى بواسطة الاوعية الدموية او الليمفاوية ، وأحياناً تصل العدوى للمثانة من ادخال الآلات الطبية بدون عناية أو فى أدوار لا يسمح فيها العلم ولا الطرق الفنية بادخالها .

وأهم الاعراض التي يشكو بها المريض هي رغبته في التبول كل بضع دقائق وشعوره بامتلاء المثانة دائماً مع عدم وجود أكثر من ١٠ الى ١٥ جرام من البول فيها . ويشعر (بحرقان وألم) في منطقة المثانة ويزيد هذا (الحرقان) عند القرب من الانتهاء من التبول . وأحياناً يزيد هذا الألم لدرجة يتسبب عنها انحباس في البول (ريتنشيو يوريني) ونضطر لاستعمال القسطرة لاجراج البول . ويشعر المريض بصداع وتضعف عام في قوى جسمه وارتفاع في درجة حرارته خصوصاً اذا وصلت العدوى للأغشية العميقة في حائط المثانة او اذا وصلت من هذه الأغشية للبريتون بالبطن حيث تبدى . تظهر اعراض التهاب البريتون الموضعية (لوكال پريتونيتيس) ونشخص الحالة أولاً بالاعراض التي يشكو منها المريض وبطريقة الثلاث كاسات . وأفضل هذه الطريقة : - يتبول المريض قليلاً من البول أى مقدار ٨٠ الى ١٢٠ جرام أولاً ثم يغسل الطبيب مجرى البول الامامى جيداً ثم يتبول المريض في كأسين فان كان الكأس الثانى رائقاً نظيفاً فتكون المثانة غير مريضة وان كان معكراً فتكون المثانة منسخة . وان وجدت أجسام صغيرة بشكل^(١) الضمة (،) في بول المثانة المعكر فتكون الحالة حالة التهاب المثانة والبروستاتا لأن وجود هذه الاجسام في البول من مميزات التهاب البروستاتا . وأحياناً نلجأ لتعديل هذه الطريقة فبعد أن تغسل مجرى البول الامامى يتبول المريض مقدار ٣٠ الى ٤٠ جرام في كأس ثم تغسل مجرى البول الامامى مرة ثانية ثم ندخل قسطرة (كاوتشوك) بالمثانة ونأخذ البول الذى يخرج من المثانة نفسها في كأس معقم وبفحصه نجد كميات من ميكروب السيلان . وفي الحالات المزمنة لا نجد أحياناً ميكروب السيلان ، ولكن بطرق التهيج (صفحة ٣٢١) يمكننا أن نهيج المريض فتظهر الميكروبات داخل المثانة ، وأهم ما نستعمله منها في هذه الحالة هو حقن المريض بالفاكسين . وتنبه القارئ الذى يستعمل طريقة الكاسات في التشخيص الى أن اضطراب لون البول يكون أحياناً ناتجاً من وجود املاح او من وجود كمية هائلة من الميكروبات الأخرى بالمثانة واهمها ميكروب

(١) يعبرون عن شكل هذه الاجسام الصغيرة بالانجليزية هكذا Comma shaped bodies

(كولاى كوميونيس) الذى يخترق حائط المثانة فيدخل المثانة وهوأت من الامعاء وليس كنتيجة لعدوى خارجية . وعلى ذلك يجب فحص هذا البول قبل الحكم فى حقيقة تشخيص الحالة . وأخيراً يمكن الالتجاء لآلة منظار المثانة (سيستوسكوب) لفحص داخل المثانة فى الحالات الدقيقة التى لا يمكن تشخيصها بأى طريقة أخرى .

العلاج - لما يكون التهاب المثانة شديداً يلزم المريض فراشه وتعمل له مكمدات ساخنة او توضع على المثانة مكدة (أنثيفلوجيستين) او نستعمل له التسخين بواسطة التيرموفور . ويستحسن جلوس المريض فى حمام ساخن مدة ٢٠ الى ٣٠ دقيقة يومياً أيضاً . وياً كل غذاء خفيفاً خالياً من التوابل والبهارات ولا يتعاطى خموراً قط . ونعطيه أدوية مطهرة من الداخل (صفحة ٢٩٠ الى ٢٩٢) وننصحه بتعاطى ٣ كبايات من مغلى ورق (غنب الديب) او مغلى (شواشى الذرة) حتى يقل الالتهاب الحاد ويتم ذلك فى مدة ٨ الى ١٦ يوماً . ونبتدىء فى علاج المثانة الموضعى وهو يتركب من تنظيف المثانة اولاً بنفسها بطريقة (جانبى) ٣ مرات يومياً ثم بعد ذلك ندخل قسطرة رخوة فى المثانة وندخل بواسطة هذه القسطرة ١٠٠ الى ١٥٠ جرام من محلول مطهر قوى مثل (نترات فضة ١ فى ٣٠٠٠) او (برمنجنات البوتاسا ١ فى ٣٠٠٠) أو البارجرين (١ فى ١٥٠٠) ونخرج المحلول حالاً ثم ندخل مثل هذا المقدار ثانية ونخرجه حتى يخرج المحلول رائقاً فينتهى الغسيل . ونعيد هذه العملية يومياً حتى يشفى المريض . فقط ليلاحظ القارئ اننا نزيد قوة المحلول الذى نستعمله كل ٣ او ٤ ايام حتى يشفى المريض . ويمكن استعمال طريقة « جويون » (صفحة ٣٠١) فى تميم علاج المثانة . ويمكن استعمال الحقنة (شكل ٣ رسم نمرة ٥٨) لحقن محلول كوللارجول ١ فى المائة) داخل المثانة وقد لاحظت لهذه الطريقة نتائج جيدة . ويمكن استعمال محلول (پروتارجول ٣ الى ٥ فى ١٠٠٠) وغيره من الاملاح التى ذكرناها سابقاً . وقد لا يخلو استعمال الفاكسين فى علاج المثانة من فائدة ولذا لا يوجد مانع يمنع من استعماله . وطبعاً يقوم الطبيب فى نفس الوقت بمعالجة مجرى البول وما يصحب التهابه من المضاعفات الاخرى . ولو حظ انه اذا وصلت العدوى للمثانة فقد تصل للحالب (يوريتير) ومنه للكلى . فاذا حصل التهاب فى الحالب أو

في الحالب والكلى فيجب معالجة ذلك بعد تشخيص الحالة ونعالجها أولاً باعطاء أدوية مطهرة من الداخل وقد نضطر لاستعمال قسطرة الحالب لتشخيص الحالة وعلاجها وهذه عملية دقيقة وفي الواقع لا نلجأ إليها عند معالجة السيلان الا في الحالات النادرة الدقيقة لأننا نضطر عند ما نريد ادخال قسطرة بالحالب لاستعمال^(١) منظار المثانة أو منظار الحالب وفي هذا ما فيه من المشقة التي يجب توفيرها على المريض الا عند الضرورة القصوى .

وأما اذا وصل الالتهاب للكلى فيجب أن ينام المريض في الفراش حالا ولا يتعاطى إلا غذاء لبنياً ونعطيه أدوية مطهرة من الداخل ايضاً ولكن بتحفظ . وأحياناً يصل التهاب الحالب والمثانة لدرجة تضطربنا للاتجاه لطرق جراحية .

هذا هو ملخص لعلاج السيلان وقبل تركه تنبه القارئ الى وجود غدد على طول المجرى فيجب الاهتمام بها وتنظيفها من المواد الصديدية ونجب العناية بغدد (ليتريه) وغدد (كاوبر) التي تلهب احياناً وذلك بأن تعمل فوقها مكمدات ساخنة أو نستعمل لها التسخين بواسطة (الثيرموفور) وذلك فوقها مرة كل يومين . وأحياناً يحصل التهاب خارج مجرى البول وينتج عنه ارتشاح خارج مجرى البول (پيرى يوريثرال اينفيلتریشن) ونعالج هذا بالمكمدات الساخنة أو بالثيرموفور ايضاً . وأحياناً ينتهي هذا الارتشاح بتكون فراج خارج مجرى البول (پيرى يوريثرال أبسيس) ونضطر لفتح هذا الخراج جراحياً وتنظفه . وأحياناً ينتهي الارتشاح بالشفاء بمجرد العلاج بدون جراحة . واذا أردنا ان تنبه القارئ للاهتمام بشيء فلا نرى أهم من تنبيهه الى تنظيف وتطهير ومعالجة الحفرة الزورقية (فوسسا نايفيكولاريس) - ١٢

(١) ننصح القارئ بمراجعة المقالة الآتية لما فيها من نقط فنية وتاريخية

Die diagnostische Bedeutung des Katheterismus der Ureteren, von Leopold Casper, Berlin 1896.

ويراجع ايضاً

Die chronische Gonorrhoe der männlichen Harnrohre und ihre Komplikationen. von Oberländer u. Kollmann, Leipzig 1910.

رسم نمرة ٥٠ - التي كثيراً ما يهملها بعض الاطباء عند معالجة السيلان قتبقي كمخزن هائل لتوريد ميكروب السيلان باستمرار لمجرى البول ويمكن فحصها ومعالجتها عند اللزوم بواسطة اليوريتروسكوب اذا احتاج الحال لذلك .

سيلانه المستقيم (ريكتال جونوريا)

(السيلان الخلفي)

تصاب فتحة الشرج والشرج (اينس) والمستقيم (ريكتم) بالسيلان من الجماع الغير الطبيعى ، ويصاب احياناً بعض الأولاد بهذا السيلان نتيجة لوقوعهم فريسة بين ايدي بعض الاشخاص المصابين باللوامة . وتصاب النساء بهذا النوع من السيلان من الجماع الغير الطبيعى أو من انتقال العدوى لفتحة الشرج بواسطة الصديد السيلاني الذي ينزل من فتحة المهبل كثيراً فيصل لفتحة الشرج عندهن .

وأحياناً تصل العدوى للمستقيم من انتشار الميكروبات من البروستاتا للاغشية المحيطة بها للمستقيم عند الرجال . أما عند النساء فانها تنتشر أحياناً من (غدد بارثولين) ولوحظ ان ثلث عدد النساء المصابات بالسيلان يصبن بسيلان المستقيم (١) . ويكثر سيلان المستقيم بطبيعة الاخلاق والعادات عند العاهرات ولو أنه يصيب كثيراً من غيرهن من المتزوجات والشابات . وأعراضه هي بعض (حرقان) وألم في فتحة الشرج خصوصاً عند التبرز . ونزول مواد صديدية من فتحة الشرج وأحياناً تنزل هذه المواد الصديدية مصحوبة ببعض تقط من الدم . ولاحظت أن أكثر المريضات يصبن بالامساك (كونسٽيپيشن) لامتناعهن عن التبرز خوفاً مما يتوقعن من الألم عند

(١) لاحظ (بير) في فرانكفورت ان ثلث النساء المريضات بالسيلان عندهن سيلان المستقيم . ولاحظ (شميدت) في ستوكهولم ٢١٦٦ في المائة من المريضات بالسيلان مصابات بسيلان المستقيم . ولاحظ ذلك (جوليان) في ٣٣ في المائة في باريس . ولاحظ ذلك (ايشهورن) في ٣٠ في المائة من مريضات برلين وشارلوتينبورج ، ولم يمكنني الحصول على احصائيات عن مستشفيات القاهرة ولكن ما لاحظته في عملي الخاص في أكثر من عشر سنوات جمعاني اعتقد ان اقرب نسبة للصواب هي نسبة «جوليان» لأنني وجدت النسبة ٣٦ في المائة .

التبرز . وبفحص المريض أو المريضة نرى فتحة الشرج ملتهبة متورمة قليلاً ، لونها احمر وعليها بعض نقط صديدية وعند النساء توجد في اكثر الحالات التهابات في جلد المعجز حول فتحة الشرج وربما تصل هذه الالتهابات لدرجة تكوين (اكزيما) حول فتحة الشرج من نزول الصديد المتوالى على الجلد . واحياناً لانرى صديداً من الخارج ولكن عند ادخال منظار المستقيم (ريكتال سبيكيولم) في فتحة الشرج نرى كميات صغيرة أو كبيرة على حائط الفتحة وداخل المستقيم . وبفحص عينة من هذا الصديد ميكروسكوبياً نرى ميكروبات السيلان داخل الخلايا أو خارجها حسب دور الالتهاب ونرى ميكروبات اخرى كثيرة وجودها طبيعي في العينات المأخوذة من هذه المواضع . وأحياناً نرى ميكروبات أخرى وجودها هنا غير طبيعي ولذا نقول أنها عدوى مركبة من السيلان وغيره .

وفي الحالات المزمنة نفحص المستقيم بواسطة منظار المستقيم الكهربائي (ريكتوسكوب) فنرى سطح المستقيم المخاطي محمراً وملتهباً وأحياناً متورماً ، وأحياناً نرى قرحاً سيلانية أو قرحاً وحليماًت أو اورام . وأحياناً نكتشف صدفة قرحة زهرية أيضاً على حائط المستقيم كنا نعجز عن رؤياها بأي طريقة أخرى . ويتسبب هذا السيلان في « ضيق » في المستقيم ونكتشف هذا الضيق عند ادخال بعض الآلات أو بادخال الاصبع . وأما العلاج فيتركب بالاجمال من معالجة السيلان الاصلى الموجود عند السيدة بالمهبل أو بالمهبل والمثانة . . . الخ ثم نغسل الفرج والمعجز وفتحة الشرج جيداً بمطهر ساخن ونفتح الشرج بواسطة (ريكتال سبيكيولم) ونغسل الشرج والمستقيم جيداً بمحلول مطهر ساخن مثل محلول (البارجين) أو محلول (پرمنجنات البوتاسا) أو محلول (ايشتارجان) ونكرر هذه العملية مرتين يومياً وبعد ذلك نستعمل محلولاً قابضاً وهكذا كما قلنا في علاج مجرى البول . ونفس القرع ونستعمل السكين الكاوية في قطع الحلمات الصغيرة وهكذا نكمل العلاج بالفاكسين وغيره من الطرق الكهربائية اذا احتاجت الحالة طبقاً لنظريات علاج السيلان السابقة الذكر . وقد لاحظت أن سيلان المستقيم لا يشفى بسرعة مهما كان العلاج متيناً فينا .

السيولة عند النساء

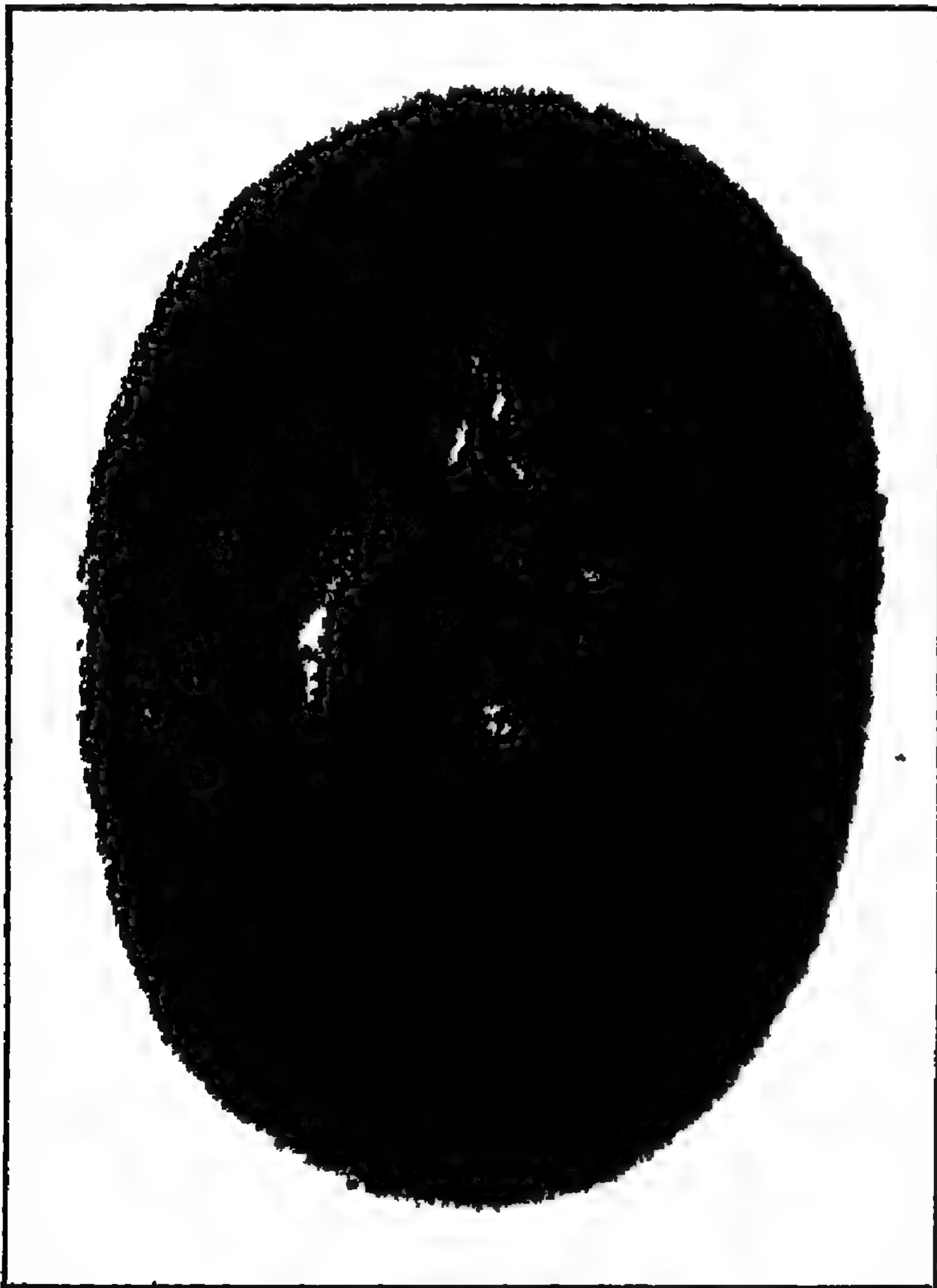
لانصاب المرأة بمرض في حياتها أخطر عليها وعلى جمالها وشكلها وصحتها وهنائها من السيولان . فالسيولان النسائي ينتشر غالباً للأعضاء التناسلية الداخلية عند المرأة في أكثر الحالات التي يحصل في علاجها وهي في دورها الحاد أي إهمال . وأحياناً ينتشر المرض لهذه الأعضاء رغمًا عن عناية الطبيب والمريضة فيحصل للرحم وبوق فلوب والمبيض وغيرها (ننصح القارىء بدراسة رسم مرة ٥٤ جيداً قبل مطالعة هذا الباب) وقد قرر « فولبارست » أن ٧٥ الى ٩٠ في المائة من جميع العمليات الجراحية بالجهاز البولي التناسلي النسائي يعود لمرض السيولان ، وأن ٧٠ في المائة من المتزوجات اللواتي يشكين من اضطرابات في الأعضاء الحوضية أصبن من أزواجهن بدون ذنب بمرض السيولان . ولاحظت أن هذه النسبة الأخيرة مرتفعة قليلاً عما رأيته في عملي ولو أنني اعتقد أن النسبة الأولى قد تكون أقل من الحقيقة .

سيولة مجرى البول — كانوا يظنون سابقاً أن مجرى البول لا يصاب بالسيولان بكثرة مثل المهبل ولكن العلماء يعتقدون الآن أن مجرى البول يصاب في أكثر حالات السيولان ^(١) . وأما أعراض سيولان مجرى البول فتبتدىء تظهر بعد وصول العدوى المجرى يوم أو يومين وأحياناً ٤ أيام ونادراً تصل مدة دور الحضانة

(١) وبمراجعة إحصائيات (كلين) نرى النسبة الآتية في حالات سيولان النساء : سيولان مجرى البول الحاد ١٠٠ في المائة . سيولان مجرى البول المزمن ٦٢ الى ٩٥ في المائة . سيولان الفرج ١٢ الى ٢٥ في المائة . السيولان بغداد بارمولين ٣٠ في المائة . سيولان المهبل ٢٣ الى ٤٠ في المائة . سيولان عنق الرحم (جونوريال سيرفيسيتيس) ٤٧ الى ٧٢ في المائة . سيولان الرحم ١٤ الى ٥٠ في المائة . سيولان بوق فلوب ٣٠ الى ٣٣ في المائة .

أما (يانوفسكي) فقد لاحظ أن مجرى البول يصاب بالسيولان بنسبة أقل لأنه وجد سيولان مجرى البول في ٢٨٦ امرأة من ٧٥٠ امرأة مريضة بالسيولان . والمؤلف لاحظ أن مجرى البول النسائي يصاب في مصر بنسبة أقل من النسبة التي يصاب بها هذا المجرى في أوروبا ، وتعليل ذلك بسيط ويعود إلى أن أكثرية النساء المصريات تعمل لهن عملية الطهارة — بتر البظر — فتقل كمية الاحتكاك بفتحة مجرى البول عند الجماع .

الى ٨ أيام أو ١٥ يوماً . وتبتدىء المريضة تشعر بالتهاب (وحرقان) عند فتحة مجرى البول الامامية ويزيد هذا الحرقان عند التبول وتشعر برغبة شديدة للتبول من حين لآخر . وبفحصها نرى فتحة مجرى البول ملتهبة حمرة ومتورمة قليلا ونرى قليلا أو كثيراً من الصديد خارجاً من هذه الفتحة وبطريقة الفحص بالكاسات نرى بول الكأس الاول معكراً . وأحياناً نرى صديداً خارجاً من فتحة مجرى البول ولكننا اذا وضعنا أصبعنا فى المهبل وضغطنا على حائط مجرى البول من الحلف الى الأمام فيخرج مقدار من الصديد بارز عند فتحة المجرى . وبفحص الصديد نجد ميكروب السيلان



(رسم عمرة ٦٣)

التهاب سيلانى بغدة بارتولين اليمنى وهو مصحوب بالتهاب سيلانى بمجرى البول مع تورم فى فتحة مجرى البول الامامية وفى الشفرين الصغيرين (شيفر) .

به في أكثر الحالات . وأحياناً تلتهب (غدد بارتولين) فينتج عن ذلك ورم في الشفرين يكون ظاهراً بالجهة اليمنى (راجع رسم نمرة ٦٣) أو اليسرى للفرج أو بالجهتين معاً . وأحياناً يخرج الصديد مشبعاً بخيوط دموية من الجماع المتوالى مع وجود التهاب حاد ويحصل ذلك غالباً للعاهرات . وأحياناً تلتهب الاغشية المحيطة بمجرى البول بشدة فينتج عن ذلك «خراج خارج مجرى البول» (پيرى يور يثرال ايسيس) . الخ مما يضيق المقام هنا عن شرحه . وأما علاج سيلان مجرى البول فيتوقف على دور الالتهاب فان كان حاداً فننصح بالراحة التامة ونعطى أدوية مطهرة من الداخل (صفحة ٢٩٠) ونغسل المجرى مرتين أو ٣ مرات يومياً بمحلول مطهر مثل محلول (پروتارجول ١ في ٢٠٠ أو ٣٠٠ أو ٥٠٠) أو (البارجين ١ في ١٥٠٠ الى ٢٠٠٠) أو (ايشتيول ١ في ١٠٠ أو ١٥٠) ونزيد في قوة المحلول ونتم طبقاً لقواعد علاج السيلان العامة . ويجب الاهتمام بتدليك الغدد وخصوصاً (غدد بارتولين) . وإذا كان الالتهاب مزمناً فبعد تنظيف مجرى البول جيداً بالغسيل العادى نستعمل طريقة (چايت) أو غيرها ثم نمس القرع الموجودة بنترات الفضة أو بمحلول سلفات النحاس ولو اننى لا أجدنى ميالاً لاستعمال أملاح النحاس كلية . وأحياناً نلجأ لتوسيع «ضيق» ولو ان حصول الضيق قليل عند النساء . ويجب أن نذكر القارىء بأنه يستحسن ادخال كمية من المحاليل المطهرة في المثانة عند غسيل مجرى البول . وتترك المريضة هذا المحلول لمدة ١٠ أو ١٥ دقيقة في المثانة قبل ان تبول . ولا بأس من استعمال اليور يثرول سكوب لتسليم التشخيص والعلاج . وقد لاحظت أن العلاج بالتحليل الكهربائى (صفحة ٣٠٥) أتى بنتائج مشجعة جداً في سيلان مجرى البول النسائى .

سيلان المثانة والحالب والكلى : يقل ظهور التهاب هذه الأعضاء عند النساء عنه عند الرجال . ونتم علاج المثانة طبقاً للقواعد التى ذكرناها في علاج مثانة الرجال ولو ان علاجها عند النساء اسهل جداً لعدم وجود مشقة في الوصول لمثانة النساء بالآلات وغيرها وهكذا في علاج الحالب والكلى .

سيلان الفرج والمهبل : (جونوريال فلفوفاچينيتيس) . لما يصاب الفرج

بالسيلان تشعر المريضة بالتهاب (واكلان وحرقان) على سطح الفرج وبين الشفرين وحول البظر (وخصوصاً على قلفة البظر عند النساء اللواتى لم تعمل هن عملية الختان - الطهارة - « سيركسيجن ») وأحياناً تحصل تساخات على سطح الفرج فتشعر المريضة (بحرقان) يزيد عند نزول البول . وعلاجه يتركب من غسيل مطهر ومن كي القرح بمحلول (نترات فضة ٢ في المائة) ومن استعمال مساحيق مطهرة أولاً ثم مساحيق مطهرة وقابضة بعدئذ . أما **سيدر** المهبلي فنعالجه بالراحة التامة أيضاً وتبعاً لقواعد علاج السيلان العامة وينصحون باستعمال محاليل للفسيل مثل محلول (ايشتارجان ١ في ٢٠٠) أو (پروتارجول ١ في ٤٠ الى ١٠٠) أو (البارجين ١ في ١٠٠٠ الى ٢٠٠٠) أو (أرجونين ١ في ١٠٠ الى ١٥٠) وهكذا . ثم نكمل العلاج باعطاء المريضة لبوساً (تامبون) تلبسه بعد الغسيل ليلاً قبل النوم وافضل استعمال (ايشتيول ٥ الى ١٠ في ١٠٠ جرام جليسيرين) او لبس « بويضة » مطهرة يومياً داخل المهبل .

وتوجد عينات كثيرة من « البويضات - أى - أوڤيل » المطهرة وهى تشبه بيضة الحمام فى حجمها ، ومنها المصنوع بأساس أملاح الفضة ، ومنها المصنوع بأساس « ايشتيول » وعلى سبيل المثال نذكر للقارىء نوعاً مشهوراً فى السوق وهو « أوڤيل شوميل » وأساسه الايشتيول .

ويحسن استخدام اعمدة « جونوستيلي » الخاصة بالنساء لتتميم علاج مجرى البول النسائى (راجع هامش صفحة ٣٠٠)

وتتم العلاج باستعمال محاليل مطهرة وقابضة وتنتهى بمحاليل قابضة . ونرى أن يتنبه الطبيب دائماً لما يطرأ على الحالة من مضاعفات ثانوية أو انتقال العدوى لاجزاء أخرى من الجهاز البولى التناسلى . وينبه مريضته دائماً لتنظيف اعضائها بغسيل بسيط مطهر ساخن منعاً لوصول العدوى للشرح من نزول الصديد المتوالى من المهبل أو الفرج . وينبهها أيضاً لتطهير يديها جيداً منعاً لوصول العدوى لعينيها . وأما **سيدر** الفرج والمهبل عند الأطفال فلا يختلف كثيراً فى شكله عنه عند

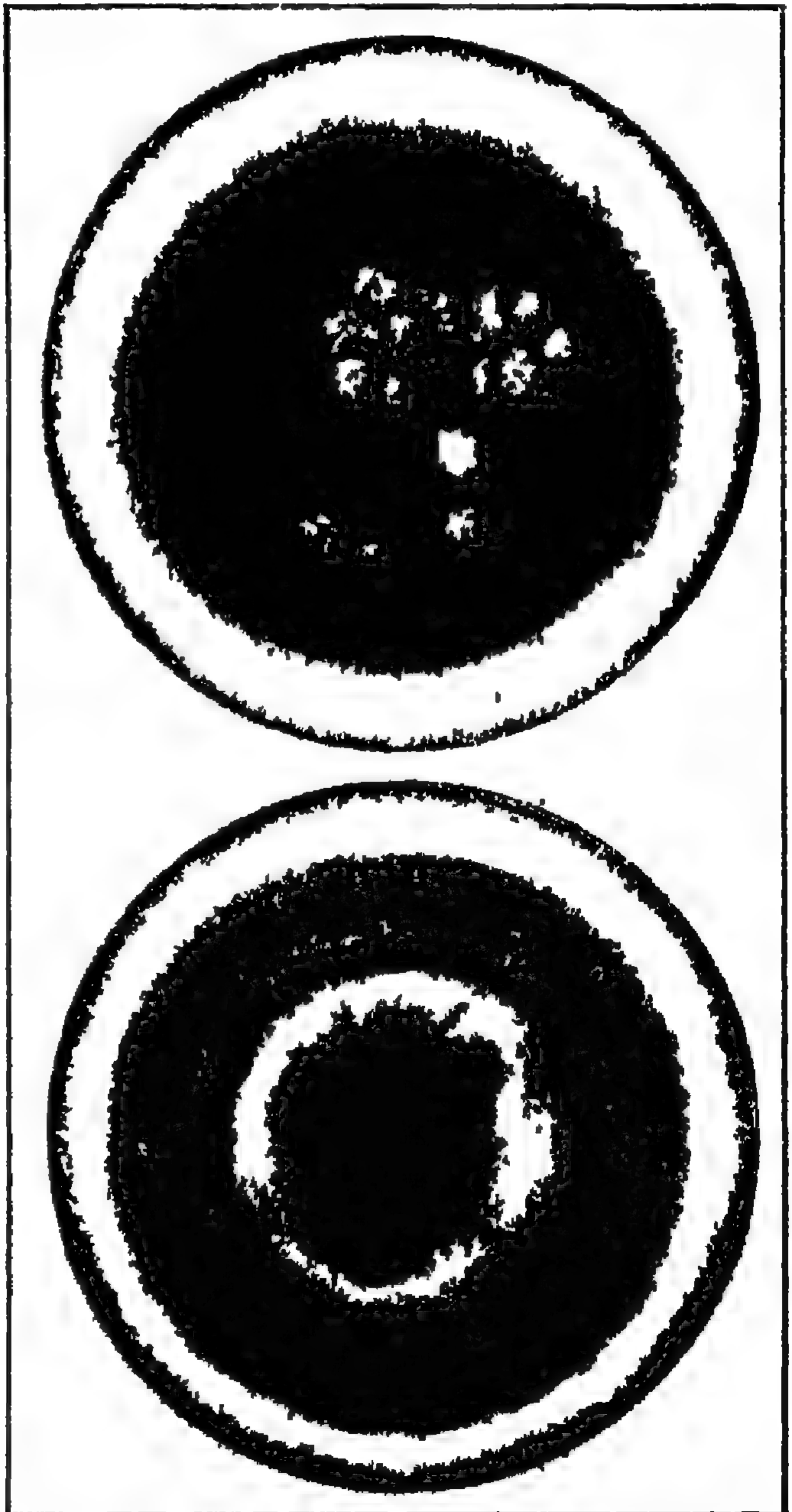
السيدات وغاية ما في المسألة هو انه غالباً يكون حاداً وشديداً فتذهب الأعضاء بسرعة . ولوحظ انه عنيد ولا يشفى بالعلاجات العادية بسرعة اذ ربما يتم علاج الحالة في ٦ الى ٩ شهور وأحياناً في سنة كاملة . وهنا اذكر حالتين لتنبيه القارىء . لنقطة مهمة في علاج هذا السيلان « زارنى رجل ومعه ابنته الصغيرة وعمرها ٩ سنوات وعندها سيلان المهبل والفرج . وبعد فحصها اخبرته اننى لا يمكننى معالجة الحالة الا اذا أدخلت آلات داخل المهبل . فمرض الوالد لوجود غشاء البكارة وهو لا يسمح بإضاعة الغشاء خوفاً على مستقبل ابنته عند الزواج . واخبرنى ان الدكتور فلاناً وفلاناً عالجوا البنت مدة شهرين بواسطة ادخال قسطرة دقيقة من الكاوتشوك . فأفهمته ان غشاء البكارة ملتهب جداً وسيتأكل بطبيعة الحال من المرض اذا لم نعالج المرض وستبقى الفتاة مريضة . واذا عالجنا المرض فيذهب غشاء البكارة ولكنها تشفى . فغشاء البكارة ذاهب لا محالة فالأفضل أن يذهب بعلاج البنت . فرفض العلاج ورجع بعد شهر مع ابنته ووجدت غشاء البكارة معدوماً والفتاة مريضة جداً . وفي حالة أخرى قبل والد الفتاة علاج ابنته حتى بتضحية غشاء البكارة من اول الامر فعالجها فشفيت في ٤ شهور . وأما الفتاة الاولى فاستمرت في العلاج ٩ شهور » . وتنصح بتتبع علاج السيلان النسائي بالقاكسين وقد لاحظت ان استعمال الناكسين يفيد جداً في تميم شفاء سيلان الاطفال بسرعة مذهشة وقد عالجت عدة حالات من سيلان الاطفال بواسطة ال « ديانيرمى » فوجدت لها تأثيراً فعالاً بحيث يصحبها ايضاً العلاج القاكسينى .

السيلان الحاد بعنق الرحم والرحم : لما تصل العدوى لفتحة عنق الرحم يلتهب ^(١) سطحها المخاطى ويظهر عليه احتقان شديد ، وتمتد العدوى ^(٢) لداخل عنق

(١) ويحدث ان يلتهب عنق الرحم تحت تأثير اى مجهود بدنى عند الفتيات ، او تحت تأثير انواع الانيميا المختلفة او تحت تأثير العدوى بميكروبات بسيطة فينتج عن هذا الالتهاب الشكل الذى تراه في الرسم (نمرة ٦٥ صفحة ٣٥١) ، ومثل هذه الالتهابات تعالج عادة بقليل من الفسيل المطهر مع العناية بمعالجة السبب العام او الموضعى لهذا الالتهاب .

(٢) وكانوا يعتقدون سابقاً ان العدوى لا تصيب الا السطح المخاطى لعنق الرحم ، ولكننا نفهم الآن انها تصل ايضاً لكل الاغشية هذين الجسمين ومنها العضلات .

الرحم وينتج عن ذلك ظهور جسم مخاطي مظل من فتحة العنق يكون مصحوباً
بافراز دموى فى بعض الحالات الحادة ، ثم ينقلب عند ما تزمن الحالات الى جسم
مخاطي مصحوب بافرازات صديدية (راجع رسم نمرة ٦٤) . ويتضخم عنق الرحم
ويصير حساساً مؤلماً قليلاً عند الضغط عليه . وطالما كانت العدوى قاصرة على عنق
الرحم فلا تظهر غالباً أعراض قوية عند المريضة ، وبمجرد وصول العدوى للرحم
يبدأ ظهور الاعراض الآتية : -



شكل د ب ،

(رسم نمرة ٦٤)

شكل د ا ،

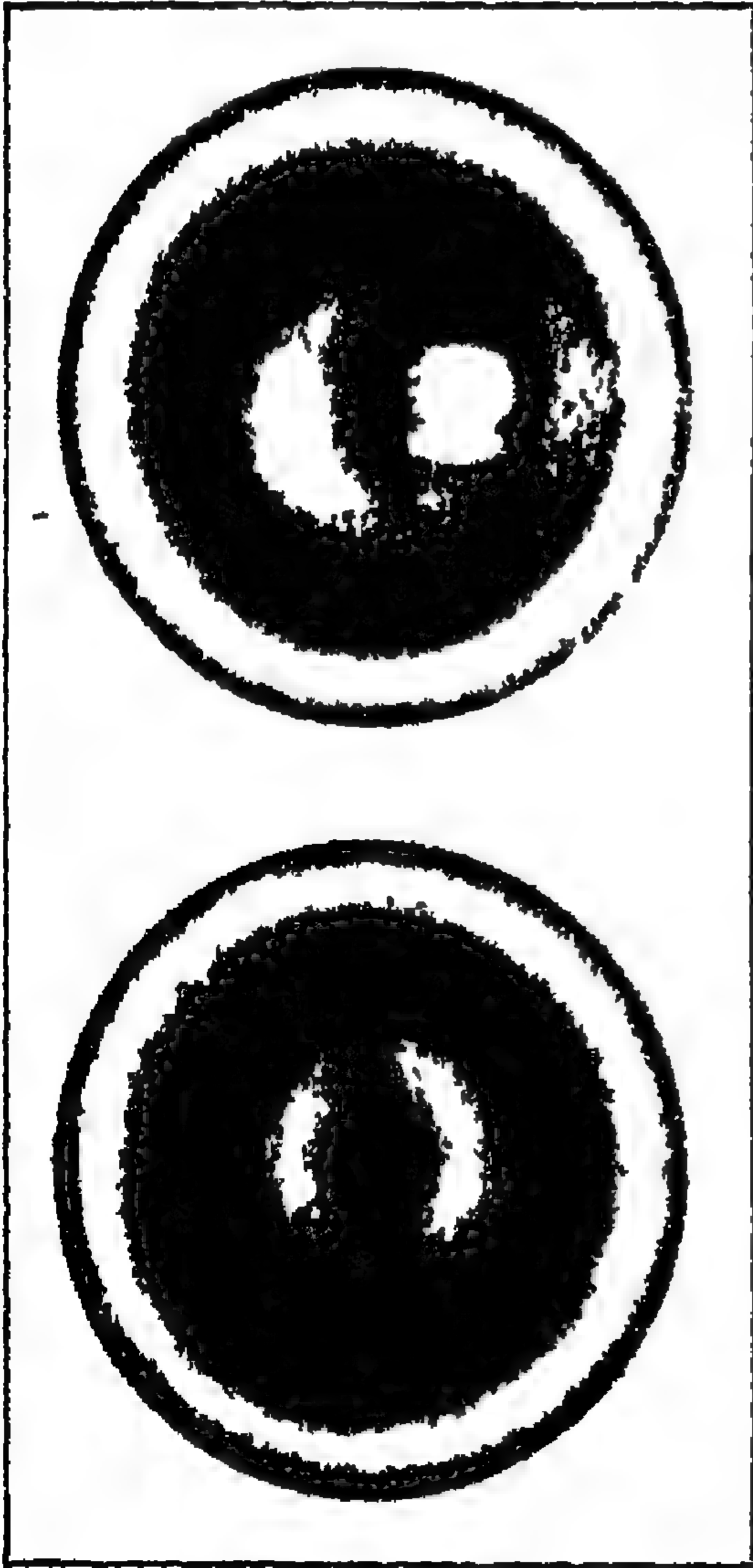
شكل د ا ، - عنق الرحم فى حالة التهاب سيلانى حاد ، وترى احتقان فتحة عنق الرحم مع افراز مخاطي

دموى مظل من الفتحة (شيفر) .

شكل د ب ، - عنق الرحم فى حالة التهاب سيلانى مزمن ، وترى عدة حلقات ناعية على شفة الفتحة مع

وجود افراز مخاطي صديدي مظل من الفتحة (مراسيك) .

ترتفع درجة الحرارة عند المريضة الى ٣٨° أو ٣٩° أو ٤٠°، وتشعر المريضة بآلام خفيفة أو شديدة في أسفل البطن وبصداع في الرأس ويميل الى الالتجاء للفراش لأن أقل حركة تؤلمها. ثم تشعر بحاجة للتبول عدة مرات مع قلة كمية البول وتكون عملية التبول مؤلمة ومصحوبة بحرقان. وتبدأ حدة هذه الاعراض تهبط تدريجياً ولا يبقى ظاهراً الى استمرار الافرازات المائية الصديدية أو الصديدية بكثرة. ولفحص الرحم باليد في هذا الدور الحاد يكون حساساً ومتضخماً قليلاً، وبأقل ضغط عليه يكون مؤلماً.



شكل « ب » (رسم نمرة ٦٥) شكل « ا »

شكل « ا » - عتق الرحم في حالة التهاب بسيط غير سيلاني ولفحص عينسة من الافراز المخاطي المائل من الفتحة لا توجد ميكروبات السيلان، ويلاحظ ان احتقان الفتحة قليل.

شكل « ب » - عتق الرحم في حالة احتقان بسيط ورأى (شيفر).

السيلان المزمن بعنق الرحم والرحم - كثيراً ما يتعذر تشخيص حالة سيلان مزمن بالرحم لعدم ظهور أعراض واضحة ، لأن الرحم قد يكون مصاباً بالسيلان المزمن وبفحصه نجد حجمه طبيعياً ومرونته طبيعية ، وبتحريكه نجد حالته طبيعية ، ولا نجد به حساسة ظاهرة ولا تشعر المريضة بأي ألم . ففي مثل هذه الحالات لا يظهر المرض الا بالفحص البكتريولوجي للافرازات - التي يكون أحياناً لونهم - مائياً - التي نجدها من فتحة عنق الرحم .

وأحياناً تظهر تغيرات باولوجية مزمنة على عنق الرحم فتظهر حلمات صغيرة أو كبيرة من تجمعها حول فتحة العنق أو على شفة العنق (راجع رسم ٦٤ شكل «ب») أو تحدث تقرحات على العنق ويكون الرحم متضخماً ومؤلماً بعض الألم خصوصاً عند ضغطه بين اليدين ويكون جسمه متصلباً بعض التصلب . وأحياناً تصاب المريضة بالسيلان المزمن بأزمات فجائية ترتفع درجة الحرارة ويصير الرحم حساساً ومؤلماً ويصحب ذلك افرازات صديدية بكثرة ، وبفحص هذه الافرازات في هذه الأزمات يوجد ميكروب السيلان في اكثرية الحالات ويكون من النوع الداخل الخلايا .

السيلان بقناتي فاللوب - في اكثر من ٩٥ في المائة لا تصاب قناة فاللوب الا بعد أن يصاب الرحم . والزمن اللازم لحدوث اصابة قناتي فاللوب يتراوح من بضعة شهور الى بضع سنين أحياناً . ولكن يحدث أن تصل العدوى للقناة بعد وصولها لفتحة عنق الرحم بأسبوع أو اسبوعين .

وأهم الأعراض : - تصاب المريضة برعشة يعقبها ارتفاع في درجة الحرارة لتصل الى ٣٨ أو ٣٩ وأحياناً ٤٠ . ثم تصاب بألم وحساسة شديدة على جانبي الحوض . وفي أول دور الالتهاب الحاد يتعذر فحص القناتين باليد لأن هذا الفحص يكون مؤلماً جداً فيحتاج لوضع المريضة تحت تأثير مخدر كالكلوروفورم ولما ، يهبط الالتهاب قليلاً يمكن عمل هذا الفحص فنجد القناتين متورمتين وممتدتين على جانبي الرحم ، وأحياناً نشعر أن جسم القناة كأنبوبة بها سائل ولو ان هذا الشعور يتعذر في حالات كثيرة .

وفي الحالات المزمنة لا تشعر المريضة بأعراض تذكر اللهم الا بعض شعور بقلّة ارتياح ، ولكن يحدث ان تصاب المريضة في الحالات المزمنة بازمات فجائية (مثلا عقب افراط في الجماع ، أو عقب اجهاد بدني ، أو في دور الحيض أو بعده . . . الخ من المهيجات للجهاز التناسلي) فترتفع درجة الحرارة الى ٣٨° أو ٣٩° وتشعر المريضة بألم على جانبي الحوض ، وقد تصل بها الحال الى صورة دور الالتهاب الحاد ، ولكن هذه الاعراض تذهب في ظرف يومين الى اسبوع ، ولوحظ في هذه الحالات أن أعراض التهاب المثانة والمستقيم تظهر على المريضة والسبب في ذلك اما أن يكون عدوى وصلت لهذين العضوين أولاً لأن قناتى فاللوب لتضخمهما يضغطان على هذين العضوين ويتسببان بهذا الضغط في اظهار هذه الاعراض .

السيطرة بالمبيضين - في اكثرية الحالات تكون العدوى بالمبيضين ناتجة عن عدوى قناتى فاللوب ، والصورة الايكلينيكية في هذه الحالة تشبه صورة التهاب القناتين مع فارق واحد وهو ان فحص المبيضين باليد ين يظهرهما في حالة تضخم وحساسة مؤلمة .

وكما تحدث التصاقات بالاعضاء المحيطة بالرحم أو القناتين في حالة التهابهما تحدث أيضاً التصاقات المبيضين بما يحيط بهما من الاعضاء في حالة التهابهما . وقد ينتج عن هذا الالتهاب خراج بالمبيضين كما هي الحال أيضاً في قناتى فاللوب . وينتج عن هذه الالتصاقات وغيرها من التغيرات الپاتولوجية بالمبيضين أو المبيضين والقناتين أو القناتين مختلف أنواع العقم عند النساء .

(١) **علاج عنق الرحم والرحم في حالات السيطرة الحادة** : تعالج هذه الحالات الالتهابية - سيلانية كانت أو كانت ناتجة عن ميكروبات أخرى مثل « ستافيلوكوك » أو « سترپتوكوك » أو « كولى باسيل » أو غيرها - تقول تعالج هذه الحالات أولاً براحة المريضة في الفراش ، ثم نستخدم أنواعاً من غسيل المهبل بمواد معقمة غير قابضة مثل : البارجين (١ في ٢٠٠٠) ، أو محلول السليمانى (١ في ٢٠٠٠) ، أو محلول پرمنجنات الزنك (١ في ٥٠٠٠ الى ١٠٠٠٠) أو ما شابه ذلك من المحاليل .

وبمجرد هبوط الحرارة عند المريضة نبدأ بوضع « لبوس » مطهر داخل المهبل وحول عنق الرحم ، وهذا اللبوس يكون عادة مركباً من قطن معقم مغسوس في سائل مركب من « إيثيول ٥ الى ١٠ سنتي متر مكعب في ما يكمل ١٠٠ سنتي متراً مكعباً من الجليسرين » . وتوجد أنواع لبوس مختلفة يستخدمها الطبيب طبقاً لكل حالة .

وليلاحظ القارئ ان استخدام اللبوس يستدعى اعطاء المريضة « دوشاً » مطهراً قبل لبس اللبوس وبعد انتزاعه . ونبقى اللبوس بالمهبل عادة ما بين ٨ ساعات الى ١٢ ساعة يومياً (وتوجد طبقة من الاطباء تحبذ لبس اللبوس باستمرار طول اليوم مع تغييره ٣ أو ٤ مرات يومياً ، ولكنني لاحظت أن مثل هذا العلاج يتسبب في تهيج الجهاز التناسلي كإيوائاً لدرجة شديدة قد تقف في سبيل الشفاء من الالتهاب الميكروبي وهو ما يسمى اليه العلاج) .

ولاحظت أن تميم العلاج الموضعي بواسطة الحمامات الساخنة للنصف الاسفل عند الأنثى يساعد كثيراً على الشفاء .

ونستخدم الحمامات الساخنة بدرجة ٤٥° الى ٥٠° وأحياناً الى ٥٥° بالماء العادي أو بالماء المالح (١٥ جرام مالح الطعام في لتر ماء عادي) لمدة ٢٠ الى ٣٠ دقيقة من الوقت مرتين يومياً صباحاً ومساءً .

وسنتكلم عن قيمة العلاج بالدياتيرمي في باب « الدياتيرمي » . ولا شك أن استخدام أنواع علاجات رفع حرارة المريضة أو علاج الفاكسين قد تأتي بفائدة أيضاً ، ولكنني أنصح باستخدام هذه العلاجات جميعاً بمنتهى الحيلة في الحالات الحادة .

وأهم ما نستلفت له نظر القارئ في علاج الالتهاب السيلاني الحاد لعنق الرحم والرحم هما شيئان : - (الاول) هو استخدام المكدرات الباردة أو الثلجة أو اكياس الثلج نفسه موضعياً في حالات الالتهاب الشديد ، (الثاني) عدم استخدام كل أنواع الغسيل أو « الدوش » داخل عنق الرحم أو الرحم .

وما عدا ذلك من العلاجات فتبع فيه قواعد علاج الامراض النسائية المعروفة من هذا النوع .

(٢) علاج عنق الرحم والرحم في حالات السيلان النصف الحادة أو المزمنة - توجد مدرستان علميتان تملّي تعاليمهما في هذا العلاج : فالمدرسة (الأولى) تقول باستخدام المطهرات المركزة - أي المطهرات القوية - وذلك لقتل الميكروبات داخل الأغشية بسرعة . والمدرسة (الثانية) تقول باستخدام المطهرات المعتدلة ثم الخفيفة ، وذلك منعاً من ايجاد خلايا مخاطية على السطوح المخاطية مقتولة بواسطة المطهرات القوية ، لأن وجود مثل هذه الخلايا الميتة بالتسم يساعد على تغذية الميكروبات بالجهاز التناسلي ، فتتعدم النتائج المرغوبة من استخدام المطهرات القوية . وتوجد مدرسة معتدلة بين المدرستين ، وهي مدرسة عملية تفضل استخدام المطهرات الخفيفة في بدء العلاج ، فتتنقّي السطوح المخاطية تدريجياً بدون تعريض خلاياها للموت ، ثم يبدأ التعقيم التام بواسطة المطهرات القوية حيث لا تتعرض خلايا السطوح المخاطية -- بعد نقصان التهابها الميكروبي نتيجة للعلاج الموضعي -- للموت الميكروبي السكياوي . والمؤلف من أتباع المدرسة المعتدلة الأخيرة . وبعد ما اخصنا باتولوجيا وجهة نظر المدارس العلمية المختلفة نذكر شيئاً عن تعاليم كل منها :

فالمدرسة الأولى - تستخدم محاليل كيمياوية قوية لدرجة « ٣٠ الى ٥٠ في المائة من كلوريد الزنك في الماء المعقم » ، أو محلول « ٤٠ الى ٦٠ في المائة من بروتارجول في ماء معقم » والمحلول الثاني ضعيف وغير مستحب جداً عند أنصار هذه المدرسة .

وطريقتهم هي اعطاء مخدر للمريضة بالتهاب الرحم المزمن ، ثم يوسع عنق الرحم ، ثم نمس السطح المخاطي للرحم كله بالمحلول الأول ، ثم نحقن داخل عنق الرحم من سائل « كلوريد الزنك بمقدار ٥ في المائة » ٢ الى ٣ نقط ، ثم تكرر هذه العملية مرة كل ٧ الى ١٠ الى ١٤ يوماً .

والمدرسة الثانية - نستخدم محاليل كياوية ضعيفة للوصول لتطهير المجرى الداخلى للرحم وعنقه تحاشياً للمفاجئات الالتهابية الكياوية ، ولكننى لاحظت أن هذه الخطة العلاجية - مع تحاشيها لبعض النتائج السيئة التى تنتج عن اتباع تعاليم المدرسة الاولى - كانت فى كثير من الحالات الالتهابية السيلانية النسائية داخل الرحم عاجزة عن الاتيان بالفائدة المرجوة .

المدرسة الثالثة - وهى المدرسة التى على تعاليمها المؤاف ويستخدم طرقها هى التى تستخدم المطهرات الضعيفة فى أول العلاج منعاً لتهييج الأغشية الرحمية المخاطية ، ونبدأ عادة بمحاليل (البارجين ١ فى ٥٠٠) أو (نترات الفضة ١ فى ٣٠٠) أو (إيثارجان ١ فى ٥٠) . ثم نتقدم الى محاليل (البارجين ١ فى ٥٠) أو (نترات الفضة ١ فى ٣٠) أو (إيثارجان ١ فى ١٠) . ثم نصل الى ٥ الى ١٠ أضعاف قوة مثل هذه المحاليل اذا سمحت الحالة من الوجهة السكياوية أو الباتولوجية . ولقد حصلت بهذه الطريقة على نتائج بديعة فى علاج السيلان المزمن عند النساء . وقبل ترك هذا الموضوع نستلفت نظر القارئ الى النقاط الآتية : -

- (١) يجب استخدام الفاكسين مع العلاجات السابقة .
- (٢) يجب استخدام ال « دياتيرمى » اذا تعذر الشفاء حتى بعد استخدام كل الطرق السابقة .
- (٣) لاحظت ان استخدام الأشعة فوق البنفسجية بواسطة « المنظار » يعطى نتيجة حسنة فى كثير من الحالات التى تعتبر عادة « متعذرة الشفاء » .
- (٤) يجب كى أو قطع الحملات التى تظهر على سطح عنق الرحم أو داخل مجراه ، ونستخدم لذلك الطرق الكياوية أو « السكينة الكاوية الكهربائية » أو « الدياتيرمى » .

(٥) قد نحتاج فى بعض الحالات الى عملية كبيرة مثل عملية « استئصال الرحم - هاستريكسومى » ، ولكننى أستلفت نظر القارئ الى أنه لا يجوز الالتجاء لمثل هذه

العملية الا بعد استخدام كل طرق العلاج الفنية الممكنة وكل طرق الفحص الميكروسكوبية أو البكتريولوجية أو السيولوجية الممكنة .

(١) **علاج بوق فاللوب في حالة التهاب الحاد :** نعامل المريضة كحالة التهاب « پيريتوني حاد » من الوجهة الطبية الجراحية ، فنأمرها بالراحة التامة ، ويجب تحاشي فحص المريضة ميكانيكياً تحاشياً تاماً ، ثم نبدأ باعطاء المريضة بعض المسكنات للألم ، ولكن يجب تحاشي اعطاء المخدرات بأنواعها لأن هذه المواد قد تسبب في افساد أو تعطيل تشخيص الموضع أو تقدمه . ولقد لاحظت في علاج السيلان في مثل هذه الحالات ان استخدام بعض المخدرات كان سبباً في تضحية الشابة أو المرأة المريضة بهذا الداء بدون أقل مبرر فني . ويجب الالتفات الى استخدام « الدوش » المهبلي وغيره من العلاجات في مثل هذه الحالات . ولا بد من استخدام المسكنات المثلجة أو أكياس الثلج اذا استدعت الحالة . ولاحظت أن استخدام القاكسين في مثل هذه الحالات لا يأتي بنتائج مشجعة ، ولكنني لاحظت أن استخدام الـ « أولان » أو مادة الـ « كازين » تساعد على نجاح العلاج .

(٢) **علاج بوق فاللوب في حالات التهابات المزمنة :** - يجب أن نلجأ للعلاجات الموضعية أو العامة كالقاكسين والدياتيرمي وغيرها في معالجة هذه الحالات ، وقد تنجح هذه الحالات ويتم لها الشفاء ، ولكنني لاحظت أن كثيراً منها لا يتم لها الشفاء . ففي مثل هذه الحالات يجب أن نلجأ الى الطرق الجراحية في العلاج ، مع ملاحظة أن استئصال بوق فاللوب في كثير من الحالات المتعسرة لا يأتي بنتيجة ، بل يجب عمل عملية استئصال الرحم وملحقاته .

(١) **علاج المبيضين في حالات التهاب الحاد :** تتبع في هذه الحالات ما ذكرناه في علاج حالات التهاب الحاد الرحمية ، مع مراعاة كل التفاصيل العلاجية الطبية الخاصة بهذه الأعضاء .

(٢) **علاج المبيضين في حالة التهابات المزمنة :** نستخدم كل العلاجات

السابقة الذكر حتى يتم الشفاء - اذا أمكن . واذا تعذر ووجب استئصال المبيضين فيجب أن نلاحظ النقط الآتية :-

(١) اذا كانت المريضة كبيرة السن - « أى عجوزة » أى بلغت سن اليأس - فيجوز عمل عملية البتر بدون أى اهتمام .

(٢) اذا كانت المريضة شابة فلا يجوز استئصال المبيضين جراحياً استئصالاً تاماً، بل يجب ترك ولو جزء صغير من جسم مبيض من المبيضين منعاً لتعرض هذه الشابة لأخطار انعدام الافرازات التناسلية الداخلية للمبيض داخل جسم الشابة ، وفى هذا ما فيه من الخطر الضخم على نمو وشعور وعقلى ونفسية هذه الشابة المريضة (١) .

(٣) اذا تقرر جراحياً استئصال المبيضين ، وتعذر ترك جزء - مهما صغر - من المبيضين فى حالة امرأة شابة لم تبلغ سن اليأس ، فيجب أن نعالج هذه المرأة أو الشابة بمخلاصات الغدد المبيضية أو نطم هذه المرأة أو الشابة بجزء من غدد المبيض اذا تيسر لنا ذلك .

علاج الانزهاب البيريتونى السيلانى النسائى الحاد والمزمن : يعالج هذا المرض فى حالتيه الحادة والمزمنة طبقاً للتعاليم الجراحية المعروفة .

علاج مجرى البول والمثانة وفتحة التخرج والمستقيم السيلانى عند النساء : سبق ذكر هذه العلاجات .

والآن وقد انتهينا من التعليق على السيلان عند الذكور والاناث نحب أن نستلفت نظر القارئ للنقط الآتية :-

(١) مرض السيلان مرض خطير فى حد ذاته .

(٢) يجب العناية بتشخيصه ميكروسكوبياً أو بكتريولوجياً .

(١) لفهم وتقدير هذه الاخطار ننصح بمطالعة كتاب « الضعف التناسلى عند الذكور والاناث » للدكتور غرى - المطبعة المصرية .

(٣) للتشخيص عند الذكور يجب العناية بالآتي :

- (١) يجب فحص الافرازات عند فتحة القضيب ،
- (٢) يجب فحص الافرازات الخارجة من البروستاتا ،
- (٣) يجب فحص البول بعد تدليك البروستاتا ،
- (٤) يجب فحص كل عينة تخرج من افرازات الغدد التناسلية على طول مجرى البول فحصاً بكتريولوجياً تاماً ،
- (٥) أما فحص الاعضاء بطرق فنية خاصة كطريقة «اليوريتروسكوب» أو طريقة فحص المثانة أو المستقيم بآلات خاصة فترجع طرق الفحص فيها الى تفاصيل هذه الاجهزة الميكانيكية .

السيطرة بالمستقيم عند النساء - راجع « صفحتي ٣٤٢ و ٣٤٣ » .

السيطرة بالغدد المنتشرة في الجهاز البولي التناسلي النسائي - تصاب هذه الغدد بالعدوى بالسيلان بواسطة دخول الميكروبات^(١) في فتحات القنات الموصلة لهذه الغدد . وأهم هذه الغدد غدتا «بارثولين» ، وقد تظهر أعراض الالتهاب في كل منهما بعد اسبوع أو أسبوعين من ظهور المرض عند المريضة ، ولكن المعتاد انهما لا يتهبان قبل مضي عدة اسابيع أو أشهر على ظهور السيلان عند النساء .

وأهم الاعراض : احمرار وورم عند فتحة القناة الموصلة للغدة ، تضخم قليل أو كبير في الغدة (قد يصل التضخم لحجم بيضة الحمام أو بيضة الدجاج أحياناً)

(١) ولاحظ «جيهارد» Gebhard ان التهابات غدة «بارثولين» العميقة تكون نتيجة العدوى بميكروبي «الجونوكوك» و «ستافيلوكوك» . ومع موافقتي على هذه الملاحظة الا انني اؤكد انه كثيراً ما تلتهب هذه الغدة التهاباً عميقاً « Deep seated infection » بواسطة العدوى بميكروبات السيلان اي الـ (جونوكوك) وحدها . وقد لاحظت هذا عند عدد يسكن من السيدات صاحبات العادات الهيجينية الحديثة في تطيف اعضائهن التناسلية خصوصاً

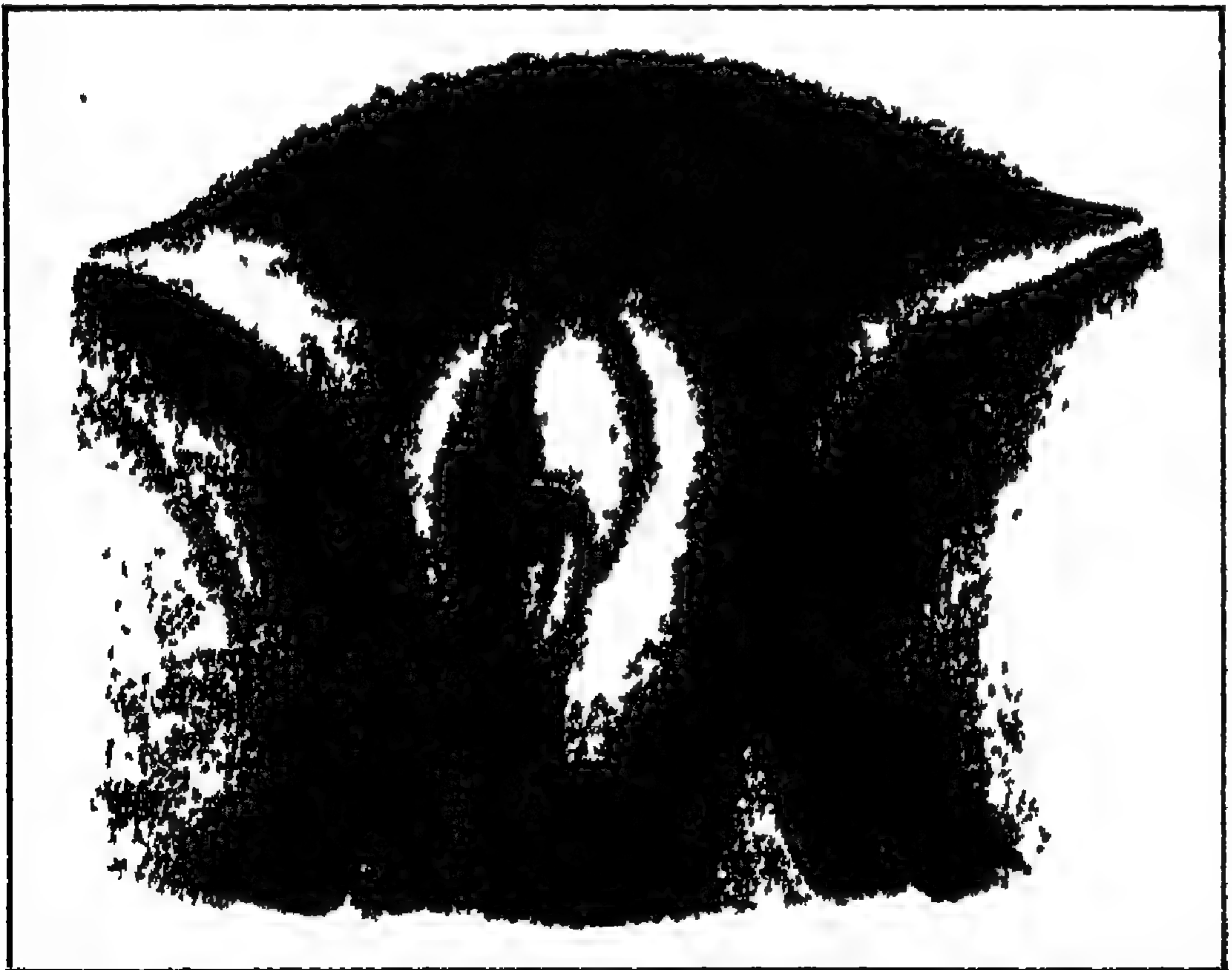
وتكون الغدة مؤلمة بنفسها ، وبالفحص تكون مؤلمة جداً ، وبالضغط على القناة الموصلة للغدة يخرج افراز صديدي من فتحة القناة .

وقد ينتج عن هذا التضخم حدوث خراج بالغدة (راجع رسم نمرة ٦٦) ، والالتهابات السيلانية بدرجاتها تصيب كل غدة على حدة وقد تصيبهما معاً .

التهاب السيلاني عند النساء

تصاب النساء بالقرح السيلانية أيضاً كما هي الحال عند الرجال (راجع صفحة ٢٨٤ وما بعدها) .

وأهم أنواع هذه القرحة هي الآتية . -



(رسم نمرة ٦٦)

التهاب وخراج ضخمة في غدة بارتولين اليسرى (شيفر)

(١) الشانكر السيلاني المتأكل : تصاب به النساء في حالات الالتهاب

السيلا في الحاد الشديد ، ويكثر ظهوره حول « البظر » وعلى الشفرين الكبيرين ولو أنه يظهر أحياناً على الشفرين الصغيرين . وهو نادر بين الوطنيات اللواتي عملت لهن عملية الحتان « الطهارة » .

(٢) الشانكر السيلاني المتشقق : يكثر ظهوره عند فتحة مجرى البول

وداخل المجرى عند النساء . ويظهر أيضاً عند فتحة الشرج في حالات التهاب هذه الفتحة السيلا في الحادة ، ويظهر أحياناً بالحفرة الزورقية ، وهذا النوع من القرحة مؤلم جداً عند النساء أكثر منه عند الرجال .

(٣) الشانكر المتقرح : يندر ظهور هذا النوع عند النساء صاحبات

العادات النظيفة ، وتصاب به النساء اللواتي يملن نظافة أعضائهن التناسلية ، لأنه نتيجة تأثير بقاء الإفرازات الصديدية باستمرار على السطوح المخاطية في حالات السيلا في الحادة الشديدة ، ولذلك يكثر ظهوره في أسفل الفرج على الحفرة الزورقية ويكثر أيضاً على فتحة الشرج ، ويندر ظهوره في أعلا الفرج خصوصاً على فتحة مجرى البول الامامية . وهو ليس مؤلماً كالقرحة المتشققة .

(٤) الشانكر السيلاني الثعالبى : - يكثر ظهور هذا الشانكر عند النساء

عنه عند الذكور ، وهو النوع الوحيد الذى قد يظهر على الفرج أو على حوائط المهبل ، وقد يظهر أيضاً على عنق الرحم ، وهو عنيد ضد أكثرية طرق العلاج أكثر من غيره من أنواع الشانكر السيلا في . واذ كر للقارىء حالة السيدة التى وعدته بها (صفحة ٢٨٨) : - ظهر مرض السيلا بشكل حاد على هذه السيدة في ١٠ يناير سنة ١٩٠٠ ، وعالجها طبيب كحالة سيلا . وفي ٢٨ يناير ظهرت عليها قرحة في أسفل الشفر الأيمن الصغير وامتدت حتى وصلت في ٣ فبراير الى داخل حائط المهبل ، وكانت قرحة ثعبانية الشكل فشخصها طبيبها « قرحة زهرية » فلم تقبل السيدة هذا التشخيص ، واستشارت طبيباً آخر شخص نفس التشخيص ، فاكثفت السيدة بالعلاج السيلا في

الموضعي (أى غسيل بالمنزل فقط) حتى يوم ٥ مارس حين شعرت بأن القرحة صارت مؤلمة قليلا فاستشارت طبيباً ثالثاً وقصت عليه تاريخها فنصح بعمل فحص للدم ، وكانت نتيجة الفحص (ع . ف) سلبية . ويوم ٢١ مارس أعادت فحص الدم وكانت (ع . ف) سلبية . ولم يفحص الطبيب القرحة ليرى ان كان بها سپير وشيتا باليدا (أولا) . ويوم ٢٠ مارس كانت (ع . ف) سلبية . وأصر الطبيب على علاج الحالة كقرحة زهرية ، واستسلمت السيدة لعلاج زرنبخي يزموتى لمدة شهرين تقريباً . ويوم ١٨ مايو استشارتني هذه السيدة لأنها يئست من شفاء القرحة واطلعتني على تاريخها بالتفصيل لأنها سيدة نبيهة متعلمة . وبفحص القرحة قررت أخذ عينتين من القرحة بواسطة الكحت (كما ذكرنا في صفحة ٢٨٧) وفحصت عينة منهما لميكروب الزهري والعينة الأخرى لميكروب السيلان ، فوجدت الأولى سلبية والثانية ايجابية . فشخصت الحالة « شانكر سيلاني ثعباني » وما كان أشد دهشة السيدة عندما اختفت هذه القرحة تماماً في ظرف ١٢ يوماً .

علاج الشانكر السيلاني عند الذكور والإناث : - أولاً - تتبع في علاج هذا الشانكر السيلاني جميع قواعد علاج الشانكر الأخرى من جهة التعقيم الموضعي للقرحة ، - وثانياً - ثم تتبع بعد ذلك طرق التعقيم السيلانية العامة للجسم ، وأهمها معالجة السيلان كمرض بالجسم ، ثم معالجته كمرض قد يترك قرحاً أو أنواعاً من الضيق الموضعية ، وقد ذكرنا سابقاً جميع التفاصيل عن هذه الأمراض وعن طرق علاجها ، وليس على الطبيب الا اتباعها ، فلم يبق امامنا الآن الا طرق علاج الشانكر السيلاني من الوجهة الموضعية والوجهة العامة ، فمن الوجهة الموضعية يجب مس الشانكر بالمطهرات كالفورمالين مرة أو مرتين أو ٣ مرات . واذا لم يفلح ذلك نلجأ الى الطرق الكهربائية المختلفة أو نلجأ الى العلاج بواسطة الدياثيرمي . وقد لاحظت ان مثل هذه القرحة السيلانية في دور تعذر شفاؤها تشفى بحقن المريضة أو المريض بمقدار من دمها أو دمه ونبدأ عادة بحقن سنتي متر مكعب ثم نرفع المقدار بعدئذ .

ووجدت أن حقن المريض أو المريضة - بعد حقنها بدمها بالطريقة

السابقة الذكر - بواسطة الأنواع القاكسينية الجيدة التي ذكرناها سابقاً ، يأتي بنتائج مشجعة في معالجة هذه الحالات . وإذا تعذر الوصول لشفاء القرع السيلانية عند النساء بجميع الطرق المتقدمة - وهذا نادراً جداً - فيجب أن نستخدم « علاج الفورمالين » . أما « علاج الدياتيرمي » فانه قد يعجز عن النجاح الذي نحصل عليه بالفورمالين ، ولكنه قد يأتي بنجاح باهر في بعض الحالات .

والآن نتكلم عن بعض طرق العلاج السيلاني الحديثة :-

لمحة عن علاج السيلان (بنوعه الحاد والمزمن) ببعض الطرق الخاصة :

الفورمالين (١)

(١) الفورمالين كإداة مطهرة ومعقمة : الفورمالين كاومطهر ومعقم : فإذا خفف مائياً بمقدار ١٠ في المائة فيكون طارياً ، ويمكن استخدامه في الأمراض الجلدية المحتاجة لمواد كاوية مع الحصول على نتائج مفيدة موضعياً ، ويمكن استخدامه كمطهر بنسبة ٣٠ في المائة في حالات أمراض جلدية متعددة . ولكن يمكن استخدامه كمطهر في شكل سائل بنسبة ٢ الى ٣ في المائة في حالات التهاب الغشاءات المخاطية المتعددة في الجسم . ويمكن استخدام الفورمالين كمادة « حافظة من الاضمحلال الطبيعي » بواسطة محلول ٤٠ في الألف ، والأطباء يستخدمون مثل هذه النسب في مباحثهم الهيستولوجية والپاتولوجية .

هذه فقرة عن قيمة « الفورمالين » في أكتثرية المباحث الكيماوية

(١) هو عبارة عن محلول مائي يحوى من ٣٦ الى ٣٨ جراماً من مادة « الفورمالديهييد Formaldehyde مذابة في مائة ميليلتر من الماء النقي . ويمكن الحصول على هذا المحلول بشكل جاهز مصحوب بجميع تفاصيل النسب المثوية من الفابريقات التي تجهز هذه المادة . وكل ما يطلب ممن يستخدم هذه المادة هو ان يحافظ عليها في امكنة باردة ومقفلة حتى لا تتسرب المواد الغازية لخارج وهي المواد القوية داخل هذه المادة ، فتضعف بذلك هذه المادة في تأثيرها على الميكروبات .

« التيرابوينيكية » والآن نتكلم عن استخدام ، مادة « الفورمالين » كما هي معروفة في الأسواق الطبية في علاج السيلان . ولا أريد الاسهاب في شرح هذا العلاج ، واكتفى بالمعلومات الآتية مؤقتاً حتى أتمم مباحثي في هذا الباب :

لماذا استُخدمت الفورمالين ؟ :- كثيراً ما فكرت في مادة « الفورمالين »

كمادة قد تنفع في علاج كثير من الأمراض - خصوصاً وأنها استخدمت في أدق علاقة بالتطهير والتعقيم والتحنيط ، وطالعت يوماً في مجلة علمية أن « غازات الفورمالين » يمكن استخدامها في علاج الالتهابات المختلفة في الجهاز البولي التناسلي .

ومن هذا اليوم فكرت في تكوين « آلة » أو « جهاز علمي » لاستخدام « الغازات الفورمالينية » في علاج الأمراض التناسلية . ولقد توصلت لاستخدام « جهاز » من صنعى الشخصى لعلاج السيلان الحاد والمزمن عند الذكور والإناث بواسطة غازات الفورمالين . وكنت أحب أن أشرح تفاصيل تركيب هذا الجهاز الفنى في طبعة كتابى هذه ولكن بعض العقبات تعوقنى مؤقتاً (١) .

النتائج التى حصلت عليها باستخدام الفورمالين

(١) فى حالات السيلان الحاد عند الذكور :-

يأتى هذا العلاج بكثير من النتائج الحسنة المشجعة ، خصوصاً اذا استخدم بعد ظهور المرض بزمان قليل . ولاحظت أن تعريض سطح مجرى البول لتأثير غازات الفورمالين يومياً لمدة تتراوح بين ٨ الى ١٢ الى ١٥ دقيقة يأتى بنتائج حسنة فى ظرف ٣ الى ٤ أسابيع . فقط يلاحظ استخدام العلاج الفاكسينى مع هذا العلاج الموضعى . نعم يحدث أحياناً أن يصاب المريض باحتقان فى مجرى البول نتيجة لهذا العلاج الغازى، ولكن وقف العلاج لمدة يومين أو ٣ أيام يكفى لشفاء الاحتقان، ثم نبدأ العلاج مرة أخرى .

(١) وفى اول فرصة سنشرح تفاصيل هذا الجهاز امام الهيئات العلمية .

(٢) النتائج في حالات السيلان الحاد عند الإناث : -

لا ينتج استخدام غازات الفورمالين في هذه الحالات نتائج مفيدة تذكر أكثر من غيرها من العلاجات الفنية ، ولكن هذا لا يمنع من أن نذكر أن « تبخير غازات الفورمالين »^(١) داخل الأعضاء التناسلية المريضة ، أو « مس هذه الأعضاء »^(٢) بمحلول الفورمالين قد يؤدي لنتائج حسنة .

(٣) النتائج في حالة السيلان المزمن عند الذكور والإناث : -

- (أ) نجاح كبير في حالات السيلان بمجرد البول عند الذكور .
- (ب) نجاح يذكر في حالات السيلان المزمن بمجرد البول عند الإناث .
- (ج) خيبة تامة في حالات السيلان الحاد بالفرج والمهبل والرحم وعنقه في الحالات الحادة .
- (د) بعض النجاح في حالات السيلان المزمن في باقي الأعضاء عند النساء .
- (هـ) نجاح تام في حالات التهاب البسيط عند الذكور وفي نوعيه الحاد والمزمن .
- (و) قليل من النجاح في حالات التهاب البسيط عند الإناث في حالتى التهاب البسيط الحاد أو التهاب البسيط المزمن . والآن وقد انتهينا من شرح علاجنا للسيلان بواسطة الفورمالين وغازاته ، نذكر للقارىء شيئاً بإيجاز عن علاج مرض السيلان بواسطة : -

Formalin fumigation. (١)

Painting. (٢)

الدياتيرمى

أل « دياتيرمى » (١)

علاج الدياتيرمى معناه رفع درجة حرارة الجسم أو جزء من الجسم لدرجات مخصوصة يقررها الطبيب المعالج ، ومن هذه الدرجات رفع درجة حرارة الجسم فى مرض السيلان للكمية الحرارية التى تتوصل لقتل ميكروب السيلان داخل الأغشية الجسمية فى الجهاز البولى التناسلى .

وللعلاج بالدياتيرمى تاريخ طويل يمكن القارئ المحب للاطلاع مراجعته ، وأحسن كتاب موجز فى هذا الباب يعطى القارئ فكرة علمية صحيحة عن « النظرية العلمية » لهذا العلاج وعن طرق التطبيق هو كتاب « دياتيرمى - ودياتيرموتيرابى » (٢) والآن تقدم للقارئ ما يخصاً عن قيمة النتائج العملية لاستخدام هذا العلاج الكهربائى (٣) فى مختلف حالات الأمراض البولية التناسلية التى تنتفع به .

(١) Diathermie. بالفرنسية والالمانية ، وبالاكيزية Diathermy.

(٢) Diathermie et Diathermotherapie, par H. Bordier. Paris 1925

(٣) والقارئ الذى يريد الأطلاع على تفاصيل هذا العلاج من الوجهتين النظرية والعلمية ، ومن الوجهة التطبيقية فى كثير من الحالات النادرة أيضاً يمكنه مراجعة المطبوعات الآتية :—
(أ) تقرير « سيمون » عن شخص « المراكز الجلدية التناسلية للجيش

Centres dermato-vénéréologiques de l'armée (Presse médicale, 26 novembre 1921, p. 941.

(ب) Iredale & Tompson: The Lancet, 16 May, 1914.

(ج) The Same: Arch. of the Rontgen Ray, 1914, p. 154

(د) وذكر « وولف » تأثير « الدياتيرمى » فى مرض « نوراجيا الوجه » فى مجلة

Medical Record, New York, 1916, p. 1152.

(هـ) وذكر « توريل » تاريخ خمس حالات « تسر الطمس Dysmenorrhea » طالها بنجاح تام بواسطة الدياتيرمى. ولقد خالف « بوردييه » فى طريقة العلاج مع أن « بوردييه » كان ثقة كبيرى ، والمؤلف يوافق « توريل » وقد حصل على نتائج باهرة فى علاج « تسر الطمس » وأيضاً فى علاج « انقطاع الطمث » بالدياتيرمى ، وباستخدام تيارات كهربائية تختلف عن تعاليم هذا الثقة فى شدتها وحصل على نتائج باهرة . واقد حصلنا على نتائج تشبه هذه او قد تكون احسن منها باستخدام تيار اقوى . راجع

Archives of Radiology & Electrotherapy, March 1922, p. 317

وتوجد مراجع تخص الكبد ونمو الشعر والصلع الجزئى والكلى . . . الخ .

ونبدأ بذكر تأثير هذا العلاج في حالات :-

(١) التهاب السيلاني الحاد والمزمن عند الذكور :

(١) لاحظت أن هذا العلاج في الحالات الحادة يعطي نتائج في أكثر من ٣٠ في المائة .

(٢) في التهاب السيلاني المزمن عند الذكور :- يعطي أكثر من ٧٥ في المائة على طول مجرى البول الأمامي والخلفي .

(٣) وفي حالات الحويصلات المنوية يعطي أكثر من ٨٠ في المائة نتائج ايجابية .

ويجب في جميع الحالات السابقة مساعدة للعلاج بواسطة الـ « دياتيرمي » باستخدام العقاقير المعقمة مع أنواع الفاكسين التي رجحناها سابقاً .

(ب) التهاب السيلاني للفرج والمهبل :- في أكثرية حالات هذا

التهاب يكون السبب هو ميكروب السيلان وهو ، ولكن يحدث أن يكون السبب في التهاب هو ميكروب السيلان مع ميكروبات أخرى . ولقد ثبت أن علاج الدياتيرمي يساعد على الشفاء في حالتى العدوى السيلانية أو العدوى المركبة ، وعالجت فعلاً عدداً من النساء والفتيات الصغيرات في السن اللواتى أصبن بهذا المرض بواسطة هذا العلاج وحصلت على نتائج مشجعة ، وخصوصاً في حالات الفتيات الصغيرات اللواتى احتفظت لهن بغشاء البكارة مع استحالة الاحتفاظ بهذا الغشاء في أنواع العلاجات السابقة الذكر .

(ح) التهاب السيلاني الرسمى : يشفى في عدد من الجلسات

يتراوح بين ١٠ الى ١٦ جلسة بالعلاج بالدياتيرمي تتراوح كل منها بين ١٥ الى ٣٠ دقيقة ، (ولا أريد الآن الدخول في تفاصيل هذا العلاج الفنية من وجهة التيار الكهربائي ، أو طريقة وضع الموصلات الكهربائية ، وقيمة ذلك في اتقان العلاج أو تعريض المريضة للخطر بواسطة حرق سطح جلد البطن أو العجز أو العانة ، أو

حرق عنق الرحم أو الرحم نفسه بواسطة التيارات الكهربائية المتعددة التي يستخدمها أناس لا يفهمون من مثل هذا العلاج إلا اسمه .

(د) التهاب السيلوني للمبيضين : - نستخدم الدياتيرمي في هذا الالتهاب في حالات الالتهاب المزمن ، ولا يجوز قط استخدام هذا العلاج في حالات الالتهاب الحاد .

(هـ) التهاب السيلوني للمحصيلتين : - نستخدم هذا العلاج في الحالات المزمنة ، ولا نستخدمه قط في الحالات الحادة ، بل نستخدم الكيس الرافع مع العلاج القاكسيني ومع باقي العلاجات الكهربائية السابقة الذكر ومع العلاجات الموضعية المعروفة .

(و) التهابات السيلونية المصحوبة باضطرابات الدورة الدموية الرحمية من انقطاع « العادة » أو « التألم عند العادة » : - لوحظ أن الـ « دياتيرمي » لها تأثير بديع على تغذية المبيضين وغيرها من الغدد ذات الإفرازات الداخلية ^(١) ، ولذلك فإن استخدام هذا العلاج في حالات السيلان المصحوبة باضطرابات كالتي ذكرناها يأتي بأحسن النتائج . (وفي الواقع أننا نستخدم الآن الدياتيرمي في علاج حالات انقطاع « العادة » بدون سبب ظاهر ، ونستخدمها في أكثرية الاضطرابات الرحمية الأخرى ونحصل على نتائج مشجعة جداً) .

(ز) التهاب السيلوني بالبروستاتا وبالحويصلات المنوية : - تأتي الدياتيرمي بنتائج حسنة جداً في حالات التهاب النصف الحاد أو الالتهاب المزمن بهذه الاعضاء ، ولا يجوز استخدام هذا العلاج في حالات التهاب هذه الاعضاء الحاد .

(١) راجع بحث « تأثير الدياتيرمي على المددات الآمرات الداخلية » : —

Comptes rendus de l'Acad. des Sciences, 12 Mars 1923.

المعراج الطبى الوقائى من السيلان .

سنتكلم عن هذا العلاج فى باب « طرق الوقاية من الامراض التناسلية » .

علاج السيلان غير التناسلى (ايكستراجينيتال جونوريا) أى السيلان الذى يصيب العين أو الأذن وغيرها الخ : ننصح باستشارة الاخصائيين فى أمراض هذه الاعضاء غير التناسلية لمعالجة هذه الحالات ، ويستحسن تفاهم هؤلاء مع طبيب الامراض التناسلية لتسهيل العلاجين .

ملاحظات عامة : أحياناً يظهر عند بعض المرضى نوع من مرض جلدى يسمونه « السنط التناسلى » (فينيريال وارتس) أو (فيروكا) أو (كونديلوماتا اكيوميناتا) ، وهو يظهر بشكل حلمات مسطحة على الجلد صلبة عند اللمس . ولا يختلف « السنط التناسلى » عن غيره من أنواع السنط الا بكونه ينتشر كثيراً عند ما يظهر ولو انه لا يظهر فى بعض الحالات الا ككئالات أو ٤ أو ٥ حلمات مسطحة صغيرة . وأحياناً تكبر هذه وتصير فى حجم (حبة الحمص الصغيرة) ويكون سطحها غير منتظم وبشكل سطح (الفراولة) . وكانوا يعتقدون أن « السنط التناسلى » ينتج من الزهرى أو السيلان وذلك لأنهم لاحظوا ظهوره بكثرة عند المصابين بواحد من هذين المرضين . واسكتنا نفهم الآن انه يتسبب عن عدوى الجلد بميكروبات أخرى وغاية ما فى المسألة فانه ربما يكون لوجود الافرازات السيلانية أو غيرها أو لوجود بعض السموم (توكسينز) الناتجة من وجود ميكروب السيلان تأثير على الجلد يساعد انتشار هذا المرض . وأهم عامل يساعد على انتشار هذا المرض هو « العرق » ولذا لوحظ ظهور المرض فى منطقة الأعضاء التى تكون رطبة أو عليها افرازات دائماً . ولذا انهم فى علاج هذا المرض بأن (تنشف) أى نجفف المحل الظاهر عليه المرض تجفيفاً تاماً وبذا قد يختفى السنط بدون أى علاج آخر . واذا وجدت حمة واحدة أو اثنتان فنبترهما بواسطة ملعقة كحت أو (ملعقة فولكان) ونكوى محل الحلمات بواسطة مسه بحلول نترات فضة أو بواسطة حمض فينيك نقي . واذا كان السنط منتشرأ فنغسل

العضو بمحلول (فورمالين ٤ في ١٠٠ ماء مقطر) أو غيره ، ونجفف المحل بمسحوق
أوكسيد الزنك والتالك أو بمسحوق يزموت . ويمكن معالجة هذا السنط بالكي
الكهربائي أو بعلاج التحليل الكهربائي (إيليكترولisis) .

وأحياناً يصاب المرضى بالتهرب الحسنة وسيأتي الكلام عليه .

وأحياناً يظهر على المرضى بالسيلان طفح جلدي وقد لاحظ العلماء ^(١) أشكالاً
مختلفة من الطفح الجلدي عند المصابين بالسيلان . ولكن لا يغيين عن ذهن القارئ
أننا نتكلم الآن عن الطفح الجلدي الذي ينتج من تأثير ميكروبات السيلان وسمومها
على الجلد اذ أن المرضى بالسيلان قد يظهر عليهم طفح جلد آخر يكون ناتجاً عن
استعمال بعض الزيوت والبلاسم والعقاقير (راجع صحيفة ٢٩٢) وهذا الطفح لا علاقة
له بتأثير السيلان نفسه على الجلد ولذا يشفى بإيقاف الادوية التي تسببه لمدة يومين أو
٣ أيام . وأما الطفح الناتج عن السيلان فيشفى بمعالجة السيلان جيداً وقد لاحظت أن
استعمال الفاكسين يساعد جداً في شفائه السريع .

وأحياناً يصاب مرضى السيلان بالتهرب سيلائي بالفتاء المبطون للقلب
(جونوريال ايندوكارديتيس) وكانوا يظنون سابقاً ان هذا الالتهاب يحصل دائماً
عقب انتشار ميكروب السيلان بالدم حتى يصاب مفصل من المفاصل بالتهاب مفصلي
سيلاني (جونوريال أرثريتيس) ومن اصابة المفصل تنتشر العدوى للقلب . ولكننا
نعلم الآن من ملاحظاب علماء كثيرين ^(٢) ان عدوى القلب قد تحدث مباشرة قبل
أن تظهر أى أعراض التهاب سيلاني على المفاصل . وكانوا يظنون ^(٣) ان ميكروب

(١) لاحظ (برين) طفحاً ايرينيميا قرمزيّاً (ايرينياسكارلاتينيفورميس) ، ولاحظ
(شتراوس) ايرينيميا مفرزة متعددة (ايرينياما ايكسيوداتيفم مولتيه فورميس) ، ولاحظ (فينجر)
وغيره طفحاً ارجوايا (بورورا) .

وقسم (بوشكه) انواع الطفح الجلدي في السيلان الى اربعة اقسام يضيق المقام هنا عن
شرحها ولكن القارئ يفهم من ذلك ان الطفح السيلاني قد يكون بأشكال مختلفة .

(٢) موريل . زينجر . هاليه . مارتين . ديرنياك . ايدين . ماك دوريل وفينجر وغيرهم

(٣) هيس « His » .

السيلان وحده لا يصيب القلب بل يكون معه ميكروبات أخرى . ولكننا نعرف الآن من مباحث (ليدن) وغيره من الذين وجدوا في حالات سيلان الغشاء المبطن للقلب بالفحص بعد الموت ميكروب السيلان وحده ان هذا الميكروب يقدر وحده على ايجاد هذا الالتهاب . ولا يختلف هذا الالتهاب عن الالتهابات الأخرى في تأثيره على القلب وباقي الجسم ويعالج مثل غيره . فقط ربما يفيد استعمال فاكسين السيلان مع علاجات القلب الأخرى في تحسين الحالة بسرعة .

وأحياناً يصاب مرضى السيلان بالتهابات سيمونية بالجهاز العصبي أهمها « التهاب الحبل الشوكي السيلاني » (جونوريال ميليتيس) « و التهاب متعدد عصبي سيلاني » (جونوريال بولي نيوريتيس) وغيرها . وقد تسبب هذه الالتهابات في ايجاد حالة نوراستينيا تناسلية عند المريض قد يتعذر شفاؤها . وهنا أيضاً نستعمل العلاج بالفاكسين^(١) مع العناية التامة في معالجة السيلان بالجهاز البولي التناسلي . ويضيق المقام عن ذكر باقي ما يصيب المرضى بالسيلان ونتكلم الآن عن : —

التهاب مجرى البول البسيط

(سيميل يورثريتيس)

هذا هو التهاب مجرى البول ينتج عن عدوى تصيب سطح مجرى البول المخاطي بأي ميكروب آخر غير ميكروب السيلان . وينسب عن هذه الإصابة التهاب يشبه الالتهاب الناتج عن العدوى بميكروب السيلان ، ويختلف عنه في انه يشفى عادة بسرعة أكثر من السيلان . وغالباً لا يزمن في مجرى البول ويندر انتشاره على طول

(١) وأحياناً يكون المريض بالسيلان مصاباً بزهرى قديم ونظهر عليه اعراض التهابات الجهاز العصبي تشبه الالتهابات السيلانية او الزهرية . ويميز الطبيب عن تمييز السبب او التحقق من ان سبب هذه الالتهابات هو الزهرى او السيلان . وفي هذه الحالة ننصح بعمل علاج الفاكسين للسيلان مع ابتداء معالجة الزهرى بشدة (راجع علاج الزهرى) .

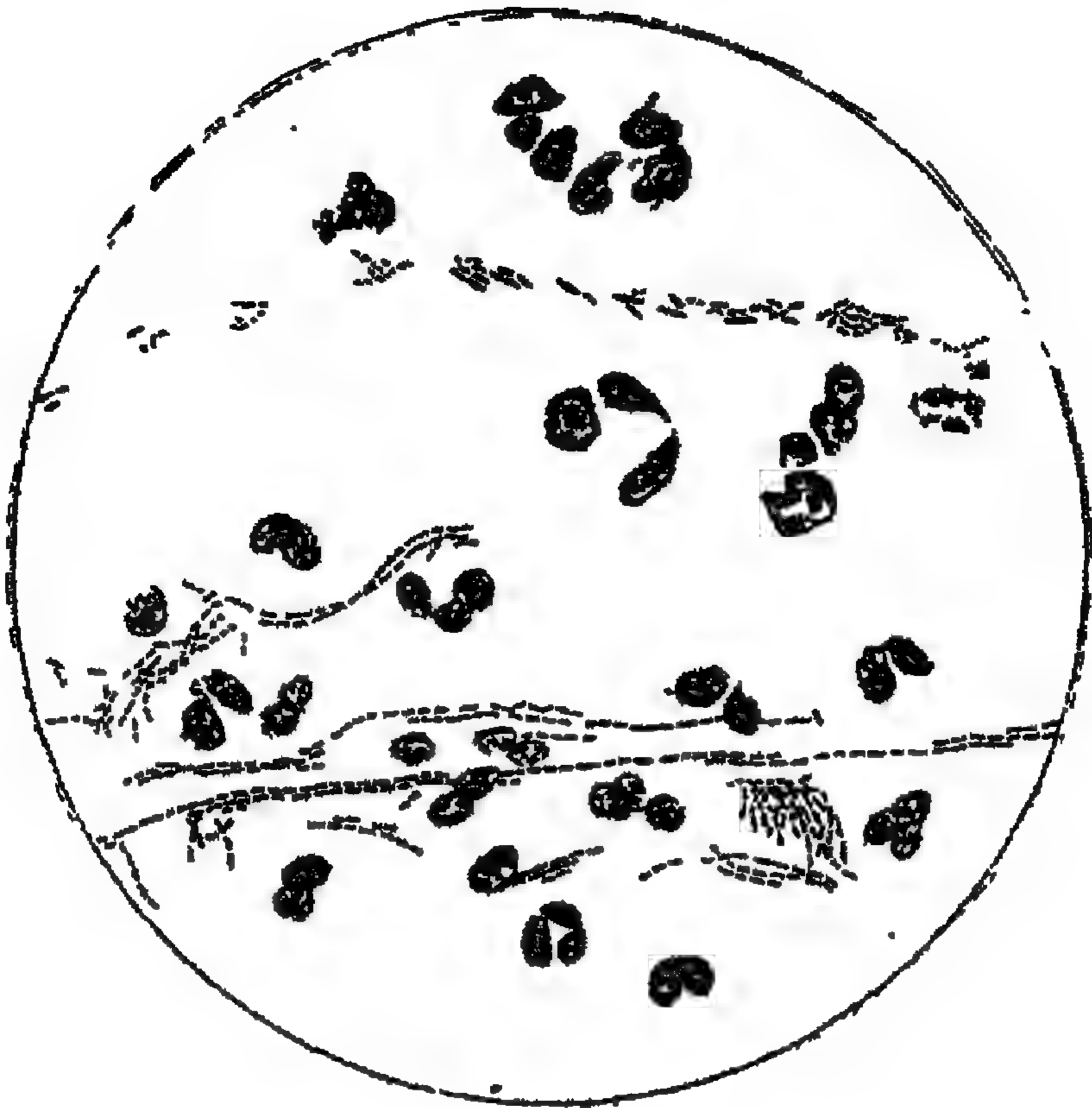
المجرى للمثانة ، ويندر ايضاً ظهور مضاعفات ثانوية له . ويعالج باستعمال غسيل مطهر بحقن السيلان الصغيرة الزجاجية أو باستعمال طريقة « جانيت » أو بأي طريقة يفضلها الطبيب . وقد نحتاج لمس قرحة تكون نتجت صدقة بمجرى البول من وجود الالتهاب البسيط ولذا نستعمل اليوريثرسكوب . ولما نضطر « للتوسيع » لأنه ينذر حصول « ضيق » من هذا الالتهاب . ولا يوجد أسلحة مانع يمنع من نعيم العلاج بتجهيز « فاكسين » من ميكروبات هذا الالتهاب بأخذ عينة من المريض نفسه وزرعها . ويمكننا استعمال أنواع فاكسين السوق المجهزة من نوع هذه الميكروبات . وتجب معالجة أى مضاعفات ثانوية تظهر طبقاً للقواعد التي ذكرناها سابقاً . وهذا هو نوع التهاب مجرى البول الذي يظنه كثيرون من المرضى اصابة « سيلان » شفيت في ٨ الى ١٠ أيام مع انه التهاب بسيط . ومع ان ميكروب السيلان لم يكن سبباً في الالتهاب ولم يوجد بالمجرى .

القرحة الرخوة

(سوفت شانكر . فايشه شانكر . السكوس مول . شانكر مول)

اسباب المرض (إيثيولوجي) — ان السبب في القرحة الرخوة هو ميكروب (ستريبتوباسيل دوكرية - رسم نمرة ٦٧) ، وبعد مباحث (كريفتينج) و (أونا) وغيرها مثل (نيكول) الذي لفق قرداً بهذا الميكروب فظهرت عليه قرحة رخوة ، ووجد بالقرحة بعد فحص عينة منها نفس الميكروب ، زاد اعتقاد العلم في ان هذا الميكروب هو السبب في القرحة الرخوة . وبعد ذلك قام غيرهم^(١) بزرع هذا الميكروب في « أنابيب زرع الميكروب » (كلتشر تيوبز) . وقد أخذ (توماسكو فيزكي) الميكروبات التي تم نموها في هذه الأنابيب ولحق بها القردة فظهرت عليها قرح رخوة ، وبأخذ عينات من هذه

(١) (جريفون) و (ايه سور) و (لينجليه) .



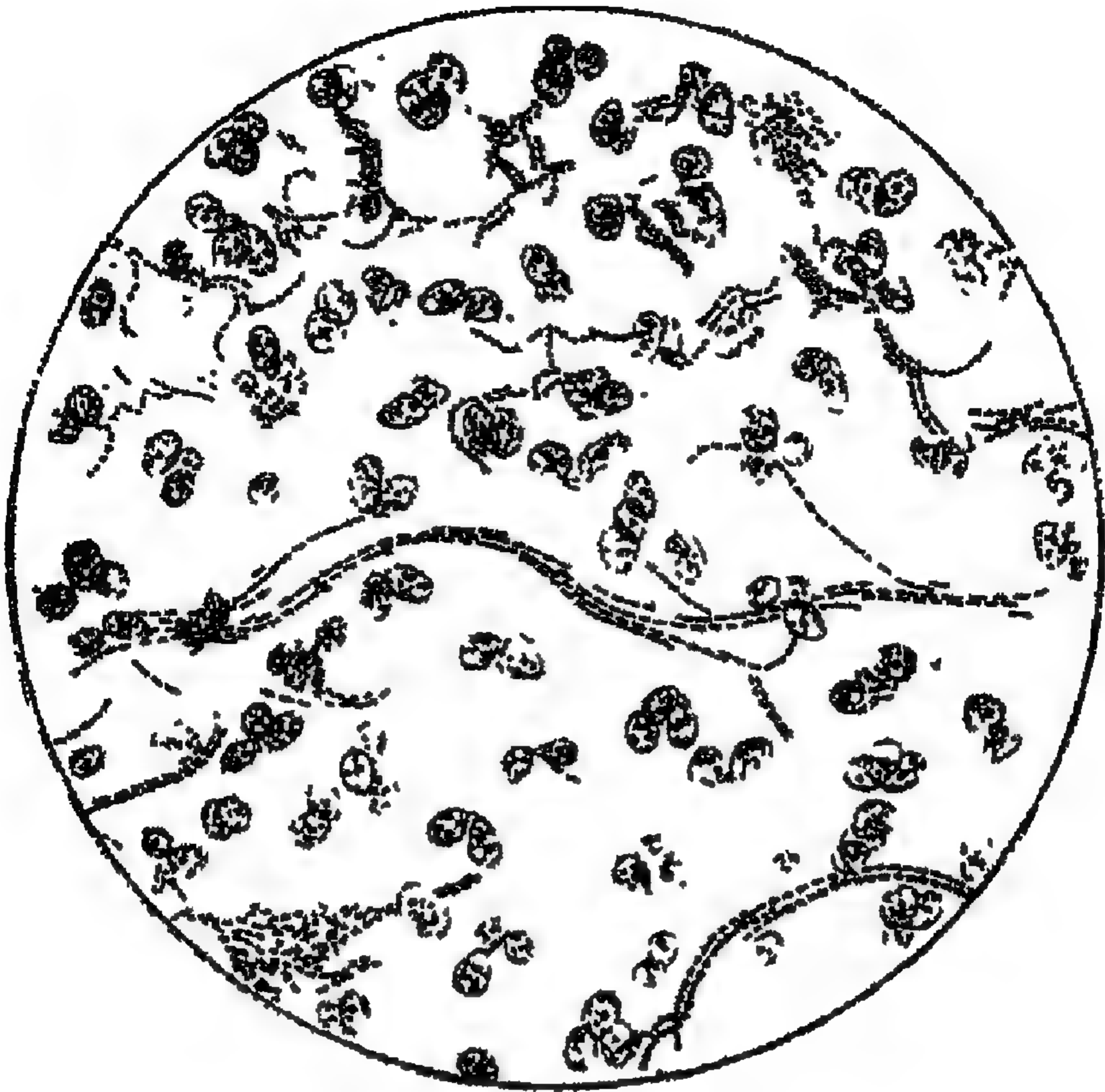
(رسم نمرة ٦٧)

ميكروب القرحة الرخوة ، ويلاحظ ان هذه العينة مركبة من قسمين :- (١) فوق
باسيل دوكرية مبعثر ، و (٢) تحت : باسيل دوكرية مرصوص بشكل سلاسل .
(تكبير ٨٠٠ مرة ، والصبغة بالميتيلين الارزق) « ليشيتس » .

القرح وجد (ستريبتوباسيل دوكرية) . وبذلك ذهب كل شك في ان هذا
الميكروب هو السبب في القرحة الرخوة . وهذا الميكروب مستطيل وطوله $1 \frac{1}{4}$ μ
(ميكرون)^(١) الى ٢ (ميكرون) وسمكه $\frac{1}{4}$ ميكرون - راجع (رسم نمرة ٦٧) .
ونكتفي هنا بأن نذكر انه يمكن فحص عينة ميكروسكوبياً تؤخذ بكحت سطح القرحة
الرخوة وبعد صبغها أولاً بأحدى الطرق الآتية : -

« طريقة أوتا » وهي عبارة عن صبغ العينة بمحلول (پوايكروم ميتاين بلاو)

(١) (ميكرون) هي وحدة مقياس الميكروبات وهي عبارة عن جزء واحد من الف
جزء من المليميتر . ويرمزون لهذه الوحدة عادة في الكتب العلمية بهذه العلامة μ



(رسم نمرة ٦٨)

ستريتوباسيل من قرحة رخوة على الساق ، والرسم يمثل قطاع من القرحة الرخوة
(تكبير ١٠٠٠ مرة ، والصبغة بطريقة باينهم المعدلة) « ليبشيتس » .

أى الميتيلين الازرق . ونفضل استعمال طريقة « أوتا - باينهم » (راجع صفحة
٢٦٩) التى يجوز أيضاً استعمالها فى صبغ عينات مأخوذة من أغشية الجسم وفيها نرى
ميكروب القرحة بلون أحمر ارجوانى ونرى نواة الخلايا الصديدية بلون أزرق .
وتوجد طرق كثيرة لتشخيص هذا الميكروب ننصح القارئ بمراجعة مؤلفات
البكتريولوجيا لدراسة تفاصيلها .

طرق العدوى : - تنتقل العدوى بواسطة التلقيح كما هي فى الزهرى . وأما
الافرازات التى تكون معدية فى الزهرى مثل « الريق » و « اللبن » لا تكون معدية
فى القرحة الرخوة . ولوحظ ظهور القرحة الرخوة على أعضاء الرجال التناسلية أكثر
من ظهورها على أعضاء النساء فى حالة نظافة النساء من الوجهة الهيجينية . وكما أنها

ب الأعضاء التناسلية فتد تصيب أيضاً أى نقطة من نقط الجسم تتعرض للتلقيح ميكروبات القرحة الرخوة. ولوحظ أن الجلد أكثر تعرضاً للعدوى من السطوح المخاطية .



(رسم نمرة ٦٩)

القرحة الرخوة - شكل عينة من ميكروبها المزروع في «مزرعة أجارد موى». «شتين»

شكل القرحة وطريقة نموها : - يبدأ ظهور القرحة الرخوة بحجم رأس
الدبوس وباحمرار بسيط مع ارتفاع قليل فوق سطح الجلد ، ثم يتضاعف هذا الحجم
مع وجود بعض التكون الصديدي وسط القرحة الصغيرة في ثاني يوم لظهورها ، ثم
يبدأ ظهور الصديد في وسطها مع تضاعف حجمها في ثالث يوم ، ثم يزداد تكون
الصديد داخل القرحة ليصير حجمه بمقدار ثلث او نصف سنتيمترا في اليوم السادس
او الثامن ، ثم يبدأ التآكل السريع ، وفي أحوال كثيرة تصل لحجم القرش الصاغ
أو حجم قطعة ٥ قروش . وبما أن الافرازات الصديدية التي تفرزها القرحة في أول
أسبوعين أو ٣ أو ٤ أسابيع تكون معدية جداً فان أجزاء الجسم الأخرى التي حول
القرحة تتلحق بميكروبات القرحة الموجودة في افرازاتها ، وتظهر على المريض قرح

رخوة جديدة وهذا هو السبب في اعتياد القرحة الرخوة ان تكون متعددة (١) فقد يصل عدد القرح عند مريض واحد الى ٢٠ أو ٤٠ قرحة أو أكثر من ذلك وهذا نادر طبعاً . وأحياناً تكون القرحة الرخوة واحدة فقط ، ولكن لا يحصل ذلك غالباً الا في الحالات التي يستشير اصحابها الاطباء بسرعة عند ظهور القرحة ، فيمنع الطبيب طبعاً انتشار العدوى من المريض لنفسه . وبعد مرور شهر تقريباً يبتدىء ورم القرحة واحمرارها يخفيان شيئاً فشيئاً وتصبح الافرازات غير معدية جداً ولذا فلا يحصل تلقيح جديد من قرحة المريض لجلده الآخر السليم .

موقع القرحة الرخوة من الجسم

لوحظ أن القرحة الرخوة تصيب النصف الاسفل من الجسم (أى تحت السرة) أكثر جبراً من إصابتها للنصف العلوى من الجسم (أى فوق السرة) ، وهذا هو ما دفع رجال الطب السابقين لتسمية مرض القرحة الرخوة « المرض التناسلى الأكثر تناسلية من الامراض التناسلية الأخرى » (٢) ، لأن الصفة التناسلية لهذه الامراض نشأت عن كثرة انتشار هذه الامراض على منطقة الأعضاء التناسلية وهى الأعضاء الموجودة بالنصف السفلى من الجسم .

وأما موقع القرحة الرخوة في القضيب فيكون كالاتى . يكثر ظهورها على طول سطح القضيب أكثر من باقى أجزاء القضيب . ويندر جداً ظهورها على فتحة القضيب ، ولم أر من هذا النوع الا حالتين اثنتين مع أن « ميليان » فى آخر مؤلف (٣) له لسنة ١٩٣١ ذكر أنه لم ير الاحالة واحدة . ولم أر الا حالة واحدة من القرحة الرخوة داخل مجرى البول الأمامي ولخطورتها والدور الطويل الذى أخذته فى علاجها سأشرحها فى فرصة

(١) راجع صفحات ٦١ و ٦٢ و ٦٣ جيداً .

(٢) C'est la plus vénérienne des maladies vénériennes.

(٣) Le Chancre Mou, par Milian; p. 10, Paris 1931.

أخرى . ويندر أيضاً ظهور هذه القرحة على « فتحة القضيب »^(١) ولو أنها كثيراً ما تصيب هذه الحشفة في أسفلها وينتج عن ذلك أحياناً نزيف ناتج عن تأكل سطوح الشريان الموجود بأسفل هذه الحشفة . وعالجت عدة حالات من القرحة الرخوة في هذا الموضع ويمكننى أن أقرر أنه يحدث أحياناً أن يكون النزيف من هذا النوع عنيداً جداً لدرجة تضطرنا لعمل عملية جراحية صغيرة لتربط الشريان المقطوع ، وفي حالة وجود القلفة نضطر لعملية الختان - أى بتر القلفة - لتتمكن من ربط الشريان ، لأن القلفة في مثل هذه القرحة تكون متورمة جداً لا يمكن إرجاعها للخلف لنكشف الحشفة لنصل للشريان لتربطه . وتصيب القرحة الرخوة أحياناً « فتحة القلفة » ، وينتج عن ذلك التهاب وتورم بالقلفة يشبه التهاب وتورم القلفة في القرحة الزهرية ، مع فارق واحد بينهما وهو أن التبول هنا يكون أقل عسراً منه في حالة القرحة الزهرية ، وأما إرجاع القلفة للخلف لكشف الحشفة فهو واحد في عسره في القرحتين .

وفي حالة إصابة « الفرج » بالقرحة الرخوة فإن الإصابة تكون في أكثرية الأحوال أما خارج الفرج ، وأما على حافة التصاق الجلد بالسطوح المخاطية . ويندر أن تظهر على السطوح الخارجية أو الداخلية للشفرين الكبير والصغير . ولكنها ليست نادرة على « قلفة البظر » عند الفتيات أو النساء الحاملات للبظر ، وهن في مصر أقلية ، ولكن في البلاد الأخرى يكثر حدوث مثل هذه الإصابة .

وتكثر إصابة « فتحة الشرج » بالقرحة الرخوة عند النساء أكثر منها عند الرجال ، وتعود هذه الكثرة لسبب واحد ، وهو أن النساء عندما يكن مصابات ، بالقرحة الرخوة على أعضائهن التناسلية فتنتقل العدوى بسهولة من منطقة الفرج الى فتحة الشرج بسهولة

(١) ويقول « ميلان » في الصفحة نفسها ما يعزى ما ذكرناه عند الكلام عن « طرق العدوى » من أن ميكروب القرحة الرخوة يصيب الجلد أكثر من السطوح المخاطية ، حيث ذكر « ان باسيل دو كريك لا يحب السطوح المخاطية »

«...car le bacille de Ducrey n'aime pas les muqueuses. لأن له غرام خاص بالجلد»

Il a une affinité particulière pour la peau."

تسلسل الافرازات الصديدية من القرح الفرجية الى فتحة الشرج ، وأما عند الرجال فالمسافة بعيدة من الوجهة التشريحية للأعضاء التناسلية للذكور ^(١).

وقليلاً أن يصاب المهبل بالقرح الرخوة ، ولكن هذه القلة قليلة نسبية مقاسة بالعدوى الجلدية الخارجية . واكثرية القرح التي تصيب المهبل تكون عند الحد الفاصل بين السطح الداخلى للشفرين الصغيرين ولسطح المهبل .

ويندر ظهور القرح الرخوة على جوانب « عنق الرحم » ولم أر الا ٣ حالات من هذا النوع ، والتقاء مجموعون على هذه الندورة . ورأيت مرة واحدة حالة قرحة رخوة على الشفة السفلى لفتحة عنق الرحم الأمامية ، ولقد أتعبتني في علاجها وسببت للمريضة عدة متاعب خصوصاً أيام « الحيض » ، واذكر أن المؤلفات الطبية ذكرت بعض حالات القرح الرخوة حول عنق الرحم ، ولكنني - على قدر اطلاعي - لا أذكر أن أحداً اطلع على حالة قرحة رخوة على فتحة عنق الرحم ، وسأشرح هذه الحالة في الظرف المناسب .

أما وقد انتهينا من ذكر مواضع القرح الرخوة على الأعضاء التناسلية عند الذكور والإناث فتكلم الآن عن مواضع ظهور هذه القرح على باقى أجزاء الجسم :-

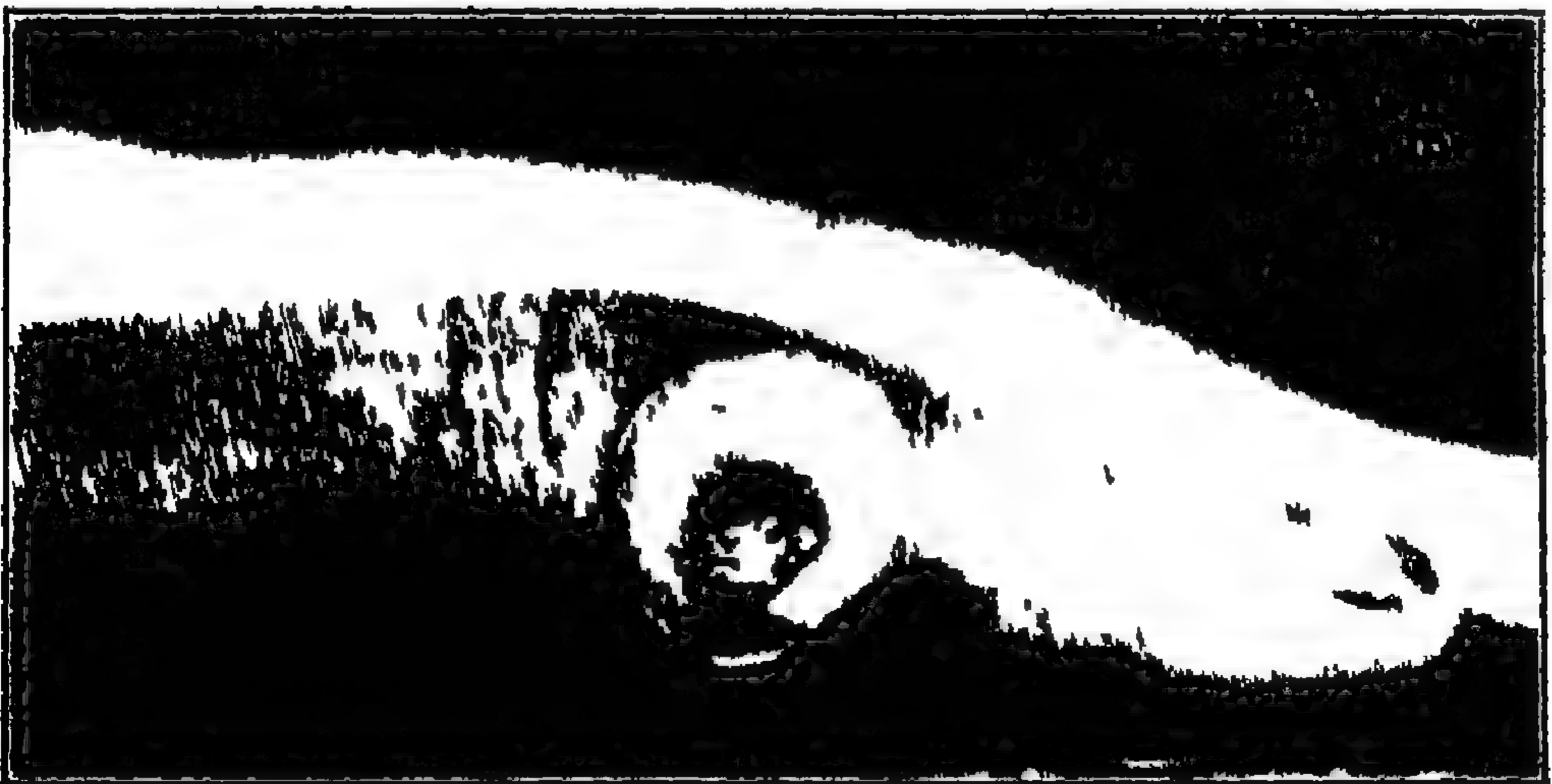
(١) ومن الوجهة النظرية يمكن حدوث الإصابة بالعدوى بالذ ورايضاً بواسطة انتقال الميكروب للفتحة ، ولكن عملياً ينسب حدوث ذلك ، ولا تحدث العدوى - في أ كثيرة الحالات - للذكور الا من الجماع الشاذ .

ولاحظت ان من يصابون بالقرحة الرخوة على فتحة الشرج - ذ وراً أو إناثاً - يصابون حتماً بعارض « الامساك » ، لأنهم يمتنعون عن التبرز امتناعاً قد يصل ليومين أو ثلاثة أو الى ٥ أو ٦ أيام في بعض الحالات ، وذلك تحاشياً للألم الذى يقاسونه من عملية التبرز من وجود القرحة الشرجية ، ولذلك يمكننى ان أوكد ان العناية بعلاج هؤلاء المرضى وهذه المريضات بسرعة واجب محتم على الطبيب ، وواجب المرضى والمريضات بسيط ، وهو استشارة الطبيب بمجرد ظهور المرض ليتمكن من تلافى أخطاره قبل استفحاله .

(١) لا يوجد ما يمنع من ظهور القرحة الرخوة على أية نقطة من الجسم طالما تتعرض هذه النقطة للتلقح بإسبيل دوكرية ، مع ملاحظة أن الجلد أكثر تعرضاً من السطوح المخاطية .

(٢) النصف العلوى أقل تعرضاً من النصف السفلى للجسم لهذه العدوى .

(٣) من أكثر الأجزاء تعرضاً للعدوى هي « الأصابع » أى أصابع اليدين ، ويعود ذلك الى أن المرضى والمريضات قليلو الاحتياط في مسألة تطهير اليدين عند لمس القرحة الرخوة ، وهذه القرحة سريعة العدوى - في حالتى الفحص أو القيام بعلاج هذه القرحة ، ويحدث أن يصاب الأطباء بالقرحة الرخوة في أصابعهم ، ولا ينتج هذا في أكثرية الحالات عن إهمال في التعقيم ولكن يحدث عادة نتيجة لحادثة تصيب الطبيب رغم عنايته . انظر مثلاً الى « الرسم نمرة ٧٠ » نجد قرحة رخوة على أصبع طبيب نتجت من عدوى بواسطة جرح أصاب أصبع الطبيب عندما كان يفتح خراجاً لمريض بالقرحة الرخوة ، ولولم يتحرك المريض حركة عنيفة أثناء عملية فتح الخراج لما جرح طبيبه .



(رسم نمرة ٧٠)

قرحة رخوة على أصبع طبيب ، نتجت عن جرح الأصبع أثناء فتح « يوبون » .
وكل طرق التطهير لم تمنع من ظهور القرحة بعد ٤٨ ساعة من العدوى

وفيا عدا الاسباب السابق ذكرها فان الاصابع لا تصاب بالقرحة الرخوة الا نتيجة لطرق الاستمتاع التناسلي المختلفة ، وأهمها هي أن يلمس الذكر الاعضاء التناسلية للأنثى ، أو العكس ، للوصول للذة تناسلية بغير الجماع أو قبله ، وهذا هو سبب العدوى عند البنات أو الأولاد صغيرى السن فى اكثرية الحالات عند هذين النوعين من المرضى بالقرحة الرخوة .

(٤) القرحة الرخوة على اللسان : هذه العدوى نادرة ، وندورتها لا تعود الى قلة تعرض اللسان للعدوى بل تعود الى أن اللسان مغطى بسطح مخاطى ، وباسيل دوكرية غيز ميال بطبيعته لتذوق طعم السطوح المخاطية اللحم الا اذا أكره على ذلك بواسطة الاحتكاك المستمر لزمان طويل بهذه الميكروبات . ولذلك ترى مثل هذه العدوى نادرة جداً وسط الشعوب التى لم تتفنن بعد فى الشهوات التناسلية التى تعتقد انها محرمة . ومما يعطى القارىء فكرة عن حصانة السطوح المخاطية ضد باسيل دوكرية هو أن علامة مثل «جوشيه» الفرنسى لم يذكر فى صحيفة الجمعية الطبية للأمراض التناسلية الا حالتين اثنتين للقرحة الرخوة باللسان ، مع أن هذه الإصابة لا تنتج عادة الا عن استخدام ما يسمونه «العادات الفرنسية» وهو فرنسى يعالج الفرنسيين والفرنسيات ، وهم المنسوب لهم ولهن - حقاً أو ظاهراً - اختراع طرق استخدام اللسان فى الملاذ التناسلية . والمؤلف لم يرا أكثر من قرحة واحدة على اللسان فى مصر ، وهذه القرحة كانت على لسان راقصة هنغارية فى طريقها الى الهند الصينية . وموقع هذه القرحة كان على بعد سنتى متر واحد من طرف اللسان الأمامى وحجمها لا يزيد عن حجم «حبة العدس» ، وكانت مغطاة بطبقة من الصديد المتناسك ، ومصحوبة بتورم قليل فى اللسان يجعل التلفظ بالألفاظ العادية شاذاً فى سماعه (ويقول «جوشيه» فى الحالتين التى ذكرهما ان التلفظ كان شاقاً جداً ، وذلك كان طبعاً نتيجة لتضخم اللسان تضخماً كبيراً) . والتشخيص فى هذه الحالات لا يكون سهلاً فى أول الأمر لابتعاد فكرة القرحة الرخوة عن ذهن الاختصاصى . ولكن الطيب المدقق ، وخصوصاً اذا أسعده الحظ برؤية حالة من هذه الحالات ، ياجأ حالاً لفحص عينة ميكروسكوبية من هذه القرحة ، وبمجرد وجود باسيل دوكرية يمكنه تشخيص الحالة .

وهنا نستلفت نظر الشخص الى دراسة توارخ التعرض للعدوى باللسان ، لأنه يحدث أن يكون مجرد وجود القرحة الرخوة فرصة سعيدة لتشخيص قرحة زهرية على اللسان أيضاً لأن القرحة المفحوصة قد تكون من نوع «الشاكر المختلط» أي القرحة المزدوجة العدوى بباسيل دوكرية وبالسپيروشيا بالبدا . والميكروسكوب وباقي ما ذكرنا سابقاً من المميزات تساعد الطبيب على تقرير اللازم لمريضه .

(٥) القرحة الرخوة على الشفتين : هذه العدوى نادرة في اوربا مع كثرة استخدام الشفتين في الملاذ التناسلية هناك ، ولكنها نادرة لتفهم القوم هناك معنى النظافة والوقاية الصحية التناسلية . ولكن هذه العدوى كثيرة الانتشار في مصر مع قلة انتشار استخدام الشفتين في الملاذ التناسلية ، وذلك يعود طبعاً للسهولة الطبيعية والمالية في استخدام شفتين مأجورتين للوصول للملاذ التناسلية مع جهل تام لمعنى النظافة والوقاية الصحية التناسلية . ولذلك فاني رأيت هنا أكثر من ٣٧ حالة قرحة رخوة على الشفة العليا أو السفلى أو على الاثنتين معاً مع أن «ميليان» نفسه لم يرف في باريس أكثر من حالة واحدة^(١) ، مع وجود الفارق العظيم بين ما يعمل من ملاذ بالشفتين في باريس وما يعمل بهما في مصر .

ولتشخيص القرحة الرخوة على الشفة يجب ملاحظة الفوارق بينها وبين القرحة الزهرية والسرطان ، وهي فوارق ظاهرة وذكرناها سابقاً . ولا بد من أخذ عينة لرؤية باسيل دوكرية فيها ، ووجود هذا الميكروب ينفي حالة وجود «هيريس» الشفة أيضاً .

(٦) وتظهر القرحة الرخوة على باقي أجزاء الجسم ، ولاحظ «نيكولاو»^(٢) ظهورها على الثرى على بعد نصف سنتي متر من الحلمة ، وكان الثدي متضخماً ومتحجراً . ولم تظهر عليه أعراض الالتهاب الصديدي . ولم يعثر «نيكولاو» في كل التاريخ الطبي الا على ٣ حالات من هذا النوع . والمؤلف لم يصادفه ولا حالة واحدة من هذا النوع .

(١) كتاب ميليان السابق الذكر (صفحة ٩) .

(٢) Nicolau : Soc. de Dermatologie de Bucarest, 6 mars 1929 p. 71.

(٧) وقد تظهر القرحة الرخوة على العجزين عند الذكور والاثاث من استخدام الجماع الشاذ في أكثرية الحالات . ورأيت حالة واحدة عند شاب جامع امرأة جماعاً طبيعياً ولكنه أخذ العدوى على عجزيه بواسطة تلقيح عجزيه من فراش المرأة الملوثة بالافرازات المحتوية على باسيل دوكرية من قرحة رخوة موجودة على عجز المرأة ، وتحققت من هذا التعليل بواسطة فحص جسم المرأة وطريقة الجماع التي شرحها لي الشاب الذي لم يختلط بغير هذه المرأة لمدة ٣ شهور قبل ذلك .

انواع القرحة الرخوة

- (١) القرحة الرخوة العادية وهي التي جثا على وصفها في (صفحات ٦١ و ٦٢ و ٦٣) وهي أكثر الانواع انتشاراً (٢) القرحة الرخوة المرتفعة (الكوس مول ايلقيتوم) وهي قرحة يكون سطحها مرتفعاً عن حافتها وعن سطح الجلد ، ويكثر ظهورها كقرحة واحدة ، أى لا تكون متعددة . (٣) القرحة الرخوة الجبرية (اولسيرا فوليكولاريا) وهي قرحة رخوة تظهر بشكل حلقات صغيرة عند جذور الشعر أى عند فتحة جراب الشعرة (هيرفوليكيل) ، وتبتدىء تلك الحلقات تتقرح في وسطها ويستمر تقرحها بعمق تحت الجلد فتسقط أحياناً كل شعرة في أسفلها قرحة . وبما أن حجم هذه القرحة يكون صغيراً وعددها كبيراً فقد أعطاها (فيرنر) اسم « اولسيرا ميلياريا » أيضاً وهو الاسم المعروفة به جيداً في المؤلفات الانجليزية . ويكثر ظهور هذا النوع عند النساء ولو انه يظهر أحياناً عند الرجال . وتظهر هذه القرحة عادة على الشفرين الكبيرين حتى نهاية شعر العانة ، وعند الرجال تظهر على الصفن (سكروتم) وعلى العجان (بيرينيم) وعلى الفخذين والعجزين . ولوحظ أن هذا النوع يكون مؤلماً جداً وقد تكون رائحة افرازاته الصديدية كريهة للغاية
- (٤) القرحة الرخوة الميمانية (الكوس مول سيربيجينوزا) وهي قرحة رخوة



(رسم ممرة ٧١)

قرحة رخوة متأكلة جداً ، الكوس فاجيدينيكوم ،
ويلاحظ مقدار اتساعها وقتكها حتى بأسفل البطن والمخذ (راقو) .

تنتشر وتتسع وتكون حافتها زرقاء اللون حمراء غير منتظمة ومتعرجة بشكل ثعباني
وترى سطحها متسخاً متأكلاً عليه افرازات صديدية . وكلما تقدمت القرحة ترى عملية
الشفاء والالتحام ابتدأت في طرف من القرحة وعملية التقرح سائرة في الطرف الآخر
بمعكس القرحة الزهرية التي تلتحم عادة من جميع أطرافها على السواء . ولوحظ أن هذا
النوع قد يرمز الى وقت طويل . وقد ذكر (ماك دوناخ) حالة مكنت فيها قرحة
من هذا النوع لمدة ٢٩ سنة . وتوجد أنواع أخرى يضيق المقام هنا عن شرحها مثل
القرحة المتأكلة جداً (الكوس فاجيدينيكوم - رسم ممرة ٧١) أو القرحة الغنرينية
(الكوس جانجرينوزوم) ، أو القرحة الدفتيرية (الكوس ديفتيريانيكوم) وهكذا .

التشخيص

لا توجد مشقة عند التشخيص الا لتمييز هذه القرحة من القرحة الزهرية ، وقد فصلنا ذلك في (صفحات ٦١ و ٦٢ و ٦٣) . وقد يحتاج الطبيب لتمييز القرحة الرخوة من الورم التؤلولى (كونديلوماتا لاتا) ولكن اذا لاحظ أوصاف هذا الورم (صفحة ٩٦) وباقى أعراض الزهرى فيمكنه لتمييز بينهما بسهولة . وقد يحتاج للتمييز بينها وبين التهاب الحشفة واسكن مجرد تنظيف هذا الالتهاب بمحلول مطهر وورته بمسحوق مطهر قابض كافيان لتشخيص التهاب الحشفة لأن القرحة الرخوة لا تشفى عادة بهذه السهولة . ولتمييز القرحة الرخوة من (الهيربس التناسلى) يلاحظ أن تقرح الجلد فى الهيربس يكون غالباً تقرحاً سطحياً بسيطاً ويتشفى بسهولة من استعمال المطهرات العادية بعكس القرحة الرخوة . وفى حالة وجود تور من العدوى الثانوية فى (مرض الجرب) قد يحصل شك فى انها قرحة رخوة ولذا فيلاحظ الطبيب باقى أعراض الجرب عند المريض . وعلى العموم لتشخيص القرحة الرخوة ينظر الطبيب لميزات القرحة أولاً ثم لا بد من أخذ عينة وتجهيزها فيرى فى أغلب الاحيان ميكروب القرحة الرخوة . وأحياناً تظهر عند المريض قرحة رخوة وبعد مرور اسبوعين أو ٣ أسابيع لا تشفى القرحة بل ربما تتسع وتتصلب فيجب التفكير دائماً فى أن العدوى بالقرحة الرخوة قد يصحبها عدوى بميكروبات الزهرى فتظهر القرحة الرخوة أولاً وبعد مضي دور الحضانة للزهرى تظهر القرحة الزهرية فوق القرحة الرخوة . ويسمون القرحة المزدوجة هكذا بالثانوى المختلط^(١) (تانكر ميكست) وفى هذه

(١) هم ان كل العلماء مثل «هوفمان» و «وشكه» و «يسر» و «بيجر» و «ايرليش» وغيرهم يترمون بوحود Chancre Mixte واكن «ماك دو لاج» ادعشا احيراً عند ما اذكر وعود مثل هذا التانكر المختلط اد قال

“ I am prompted to believe that the persistence in the literature of the occurrence of the dual infection is due to tenderness to the amour propre of the clinician ”

والشاكرا المختلط هو حالة وعود القرحة الزهرية مع القرحة الرخوة فى مكان واحد ، ولذا يحى التمييز بين وعود قرحة رخوة وقرحة زهرية عند مريض واحد كالحالة التى شرحناها فى الرسم مرة ٧٢



(رسم عمر ٧٢) قرحة رخوة على جلد القضيب، وترى بأسفل العانة على الجبين الأيمن والأيسر غدتين ملتهبتين وبكل منهما خراج، وبعد بضعة أسابيع ظهرت قرحة زهرية بأسفل الحشفة.

الحالة يجب على الطبيب ابداء رأيه بحذر ويجب عمل كل التحاليل الميكروسكوبية والبيكنريولوجية اللازمة لاتقان التشخيص بعد درس المريض اكلينيكيًا.

علاج القرحة الرخوة

العلاج الطبي الوقائي — : يتركب هذا العلاج من غسل العضو الذنسي

قد يتعرض للعدوى بميكروبات القرحة الرخوة بالماء والصابون ، ثم بتطهير هذا العضو بمرهم زئبق أو بمرهم راسب أبيض أو بمرهم كالوميل . وبعضهم ينصح بدهان العضو بصبغة اليود المخففة ، أو بغسل العضو بالماء الأوكسيجينى ، أو بغسل العضو بمحلول السليمانى أو بمحلول سيانور الزئبق بمقدار (١ فى ١٠٠٠) .

هذه هى الطرق التى نستخدمها . ولكن هل هى طرق مضمونة ناجحة فى الوقاية ؟ لا يمكن الاجابة على هذا السؤال بدقة علمية لأن أحداً لم يقم بعمل احصائيات تساعد على الاجابة على هذا السؤال .

ومن المعلوم أن القرحة الرخوة تكون ذات سطح متأكل غير منتظم ، فأقل احتكاك بهذا السطح يكون مؤلماً جداً للمريض ، ولذلك يستغرب بعضهم كيف يتأذى المريض أو المريضة بالقرحة الرخوة أن يقوم أو تقوم بعملية الجماع مع وجود القرحة على العضو التناسلى مع ما فى الاحتكاك من ألم . ولأهمية هذه المسألة من وجهة الوقاية نذكر هنا كيفية حصول العدوى مع عدم ظهور التألم عند الجماع على الشخص الحامل للعدوى : -

(١) تحدث العدوى بواسطة ميكروبات موجودة بصديد ينساب فوق العضو من قرحة تكون عميقة مثل قرحة على عنق الرحم ، أى تكون بعيدة نوعاً عن الاحتكاك الشديد .

(٢) تحدث العدوى من قرحة تكون فى نهاية دور الشفاء ، ولكن لم يتم لها الشفاء بعد ، ولذلك تكون معدية ولكنها ليست مؤلمة لحاملها .

(٣) - تحدث العدوى من ميكروبات يحملها شخص خبير حريص بالقرحة ولكن

الميكروبات موجودة على عضوه التناسلي ، كما يحصل عند بعض العاهرات اللواتي يجامعن أشخاصاً متعددين بدون أن يغتسلن في الفترة التي تفصل كل زيارة عن تاليتها.

العلاج الموضعي - : لا يوجد علاج موضعي مخصوص للقرحة الرخوة بل

يتبع كل طبيب ما يراه بخبرته نافعاً مفيداً في علاجها . ونحن تقدم للقارئ ملخص رأينا ورأى اكثرية العلماء في هذا العلاج تاركين لكل طبيب الحرية في انتقاء ما يستحسنه لكل حالة حسب شدة العدوى وشكل القرحة وقوة فتكها بمريضه . فان كانت القرحة على الجلد فيستحسن بعضهم بترها بعد تخدير الجلد بواسطة (كلور إينيل) مثلاً ، ويرش الطبيب مكان البتر بمسحوق (يودوفورم) ويمكنه أن يربط الجرح برباط به طبقة من (مسحوق بوريك واوكسيد زنك) ويتم العلاج بمراقبة هذا الجرح وتنظيفه ، وهذه العملية - مع انني كنت أجيزها سابقاً - الا انني وجدتها باختباري عملية وحشية ولا يصح عملها . وان كانت القرحة في موضع لا يمكن بتره بسهولة كأن تكون على حشفة القضيب مثلاً فيمكنه تنظيف القرحة جيداً بغسيل ساخن مطهر مثل محلول (برمنجنات البوتاسا ١ في ١٠٠٠ أو ٢٠٠٠) أو محلول (ماء اوكسيجينى ١٠ في ٤٠ ماء ساخن) ثم يرش القرحة بمسحوق (يودوفورم) . وكثيراً ما يكون المريض من وسط راق فلا يستحسن أن يرش الطبيب (يودوفورم) لأن رائحة هذا الدواء كريهة ويشمها كل من يأتي بالقرب أو من البعد من المريض وخصوصاً في بلاد طقسها مثل مصر . ويمكن الطبيب أن يستعاض عن هذا الدواء بدواء آخر مطهر مثله ، وتوجد مجموعة من هذه الأدوية أهمها (أريستول) و (ديرماتول) و (فيوفورم) و (يوجوفورم) و (يودول) و (يوروفين)^(١) و (نازوفين) و (كرورين) و (يودوفورموجين) ، وأفضل استعمال مسحوق (يوروفين ٥ جرام ، مسحوق حمض البوريك ١٥ جرام - يرش على القرحة بعد الغسيل) ويمكن استعمال هذا المسحوق^(٢) (ايزوفورم ١٠ جرام . كالسيوم فوسفوريكوم ٩٠ جرام . يرش على القرحة بعد الغسيل) .

Europen (Isobutylorthocresoliodide).

(١)

(٢) «فيك» «Weik» .

وقد كان « دوكرية » مكتشف ميكروب القرحة الرخوة وصاحب الخبرة
الواسعة في هذا المرض يستخدم المحلول الآتى : -

كلوريد الزنك ٣٠ جرام

ماء مقطر ، كل الى ٣٠ جرام

وطريقته هى أن ينظف القرحة جيداً من الافرازات وغيرها ، ثم يمس سطح
القرحة حتى « يبيض » ويكرر هذه العملية كل ٣ الى ٤ أيام . فقط يلاحظ أن عملية
المس المذكورة مؤلمة جداً للمريض ، ويستمر هذا الألم الشديد لمدة نصف ساعة الى
ساعة كاملة بعد المس . وبعد المس تغطى القرحة بمسحوق بسيط مثل « مسحوق
اليودوفورم » ولكن اليودوفورم مع ماله من قوة مطهرة قوية ضد هذه القرحة الا
أن له عيبه السابق الذكر وهو رائحته الظاهرة . وأفضل مسحوق الاريستول .
ويستخدم « ميلان » فى مستشفى « سان لوى » بباريس مسحوقاً مكوناً من مقدار
متساو من « أريستول » ومن « تحت نترات اليزموت » . ولاحظ أن لهذا المسحوق
نتائج مشجعة وسريعة فى مساعدة انتحام سطح القرحة .

وقد نصح (فينجر) باستعمال مسحوق (يزموتوم صب ينزويكوم) . هذا
هو العلاج بالتطهير الموضعى بالمساحيق . ولكن اذا كانت القرحة قرحة غنغرينية
فستحسن معالجة القرحة بواسطة تسليط تيار من محلول (پرمنجنات البوتاسا) فى
٤٠٠٠ على القرحة ليظهرها . ويفضل وضع ٤ الى ٥ لتر من هذا المحلول فى وعاء على
ارتفاع ٢ الى ٣ متر فوق القرحة ويفتح تيار المحلول على القرحة حتى آخر نقطة فى الوعاء ،
وبعد ذلك ترش القرحة بواحد من المساحيق أو السوائل التى ذكرناها . ويمكن تطهير
هذه القرحة بواسطة تيار (محلول ملح) أو تيار (محلول يوسول) كما يعالجون
أحوال الغنغرينا فى حالات الجراحة . واذا كانت القرحة الرخوة داخل مجرى البول
فيغسل المجرى بمحلول مطهر كل ٣ ساعات وتوضع « شبة يودوفورم » (يودوفورم

بوجنى (١) (أى شمة رقيقة معجونة بمسحوق يودوفورم) داخل مجرى البول . وقد
نصح بعضهم بكى القرحة بمحلول . (سلفات النحاس) أو (محلول نترات الفضة) أو
(محلول حمض الفينيك) ولكننى لا أرانى ميالا لذلك قط لما قد ينتج عن ذلك
من تهيج الأغشية وما يعقبه من الورم ولو انه يمكن الكى بحمض الفينيك النقى بدون
نتائج سيئة . واذا كان لا بد من كى القرحة فلا بأس من استعمال الكى الكهربائى .
وقد جربت معالجة القرحة الرخوة بواسطة علاج التحليل الكهربائى (ايليكتروليسيس)
وحصلت فى قليل من الحالات على نجاح باهر فى ٦ الى ٨ أيام . وتوجد علاجات
أخرى أهمها العلاج بالهواء الساخن (٢) ويضيق المقام هنا عن شرحها . وقد نصح
(ماك دوناخ) بحقن المريض بمحقتين (اينترامين) وبمحقة (تريمين) فى العضلات
وهو يعتقد ان هذا يساعد فى تعجيل الشفاء وقد جربت هذا العلاج مراراً وأرى انه
محق فى اعتقاده . هذا هو علاج القرحة الرخوة ولكن قد يصحب القرحة الرخوة
التهاب فى الغدد الليمفاوية المجاورة وقد ينتهى هذا الورم بتكوين (يوبو) - راجع
صفحة ٦٢ - فتجب معالجة ذلك أولاً بعمل مكدمات مثل مكدمات (خلايا
الرصاص) أو غيرها مع استعمال الثا كسين كما سيأتى بعدئذ . واذا شخص الطبيب
وجود صديد فيفتح الخراج الموجود بعد عمل مكدمتين أو ٣ مكدمات ساخنة
ويلاحظ أن الفتحة لا تكون صغيرة جداً فتقف فى سبيل تنظيف الخراج ولا تكون
كبيرة جداً كالفتحة الجراحية المعتادة فتسبب فى إطالة مدة علاج الجرح وهذه
الإطالة تضايق المريض وتعطله عن أعماله . وقد لاحظت أن عمل حقن اليود الغروى
أو حقن (يوديپين) يساعد جداً على تميم شفاء القرحة الرخوة مع عدم ترك أثر سيء
جداً مكانها كما هو المعتاد فى بعض الحالات .

(١) وجد المؤلف لفظة Suppository فى العربية تحميلة أو تلييسة أو فرجة . ومنعا
للارتباك فهو يستحسن استعمال هذه التراجم الالفاظ - الآتية (قمع أو تلييسة Suppository)
و (تحميلة Pessary) و (فرجة أو شمة بولية Urethral Bougie) .

(٢) هو هاليندر Holländer .



(رسم نمرة ٧٣)

قرحة رخوة على الفرج ، ويلاحظ ان سطحها واحرفها غير منتظمة . (ميلان) .

المخرج العام أو الفاكسينى للقرحة الرخوة : توجد أنواع مختلفة من هذا الفاكسين بالأسواق ، ومنها الجيد ومنها غير المضبوط ، وأفضل نوع فاكسين « دميلكوس »^(١) وتركيبه كالاتى : -

« باسيل دو كريبه ٢٢٥ مليوناً

فلوريد الصوديوم ١ ملليجرام

ماء فيسيولوجى فينيكى (بنسبة خمسة فى الألف) يكمل مقدار سنتى متر مكعب .

يعنى ان كل سنتى متر مكعب به ٢٢٥ مليوناً من باسيل دو كريبه .

ونستخدم هذا الفاكسين كعلاج تكميلي للعلاج الموضعي ، ونبدأ بمقدار نصف سنتي مكعب حقناً بالوريد ، ثم نرفع المقدار الى سنتي مكعب يحقن وريدياً بعد ٣ أيام ، ونكرر هذا المقدار كل ٣ أيام . وفي الحالات العنيدة يجوز رفع المقدار الى سنتي ونصف أو الى ٢ سنتي مكعب مع تنبيه المريض الى احتمال حصول رد فعل قوى إذ قد تصل درجة الحرارة الى ٤٠° أو ٤١° .

ووجدت لهذا الفاكسين فائدة كبرى في علاج « البيوبون » عند بدء تكونه ، لأن ٦ الى ٨ الى حقن تدريجية من هذا الفاكسين قد تشفى التهاب البيوبوني وتمنع تكون الخراج البيوبوني فتوفر عملية جراحية وما يعقبها من آلام ومضايقات على المرضى . ولا يفشل الفاكسين عادة في منع تكون الخراج البيوبوني الا اذا كان الخراج بدأ يتكون ، أو اذا كان التهاب البيوبوني ناتجاً عن العدوى بباسيل دوكرية وغيره من الميكروبات في شكل عدوى مزدوجة .

علاج الشانكر المختلط : يوجه الاهتمام لعلاج القرحة الرخوة طبقاً للطرق السابق ذكرها ، مع الابتداء فوراً بعلاج الزهري بمجرد التحقق من تشخيص القرحة . ولوحظ أن علاج الزهري يساعد جداً على شفاء القرحة الرخوة أيضاً ، وأفضل مادة في علاج الزهري تساعد على سرعة شفاء القرحة الرخوة هي مادة « سيانور الزئبق » بحيث تحقن يومياً بمقدار سنتيجرام الى سنتيجرام ونصف وريدياً . وأما الأملاح الزرنيخية فلوحظ أنها لا تساعد على شفاء الشانكر المختلط بسرعة السيانور الزئبق ، ولذلك فانا نبدأ بالسيانور ، وبمجرد شفاء القرحة نكمل العلاج الزهري بالزرنيخ والبيزوت .

هل مرض القرحة الرخوة مرض موضعي ؟

كان الاعتقاد سابقاً ان مرض القرحة الرخوة مرض موضعي لا يتعدى منطقة العدوى كالتضيب أو الفرج أو الصفن مثلاً ، ولا يزال كثيرون من الأطباء يعتقدون

هذا الاعتقاد، ولكننا نعرف الآن أن مرض القرحة الرخوة مرض ليس موضعياً لأنه قد ينتشر في الجسم بواسطة انتقال « باسيل دوكرية » داخل الأوعية الليمفاوية من منطقة القرحة الرخوة إلى أعضاء الجسم الداخلية. وسأذكر للقارئ الحالة الآتية على سبيل المثال : -

زارني شاب مصاب بقرحة على ظهر القضيبي على بعد ٢ سنتي متر من الحشفة ، وبفحصها وجدت قرحة رخوة ، ووجدت بها باسيل دوكرية ، وكان مضي على آخر جماع ١٣ يوماً ، والقرحة ظهرت قبل زيارته بثلاثة أيام . وبدأت العلاج الموضعي وبعد يومين بدأ الشاب يشكو من ألم بالخصية اليمنى ، وبعد مضي يوم من ظهور هذا الألم تضخمت الخصية ، وثاني يوم لذلك اضطررنا لفتح خراج بالخصية ووجدنا به باسيل دوكرية . وهذا يبين أن ميكروب القرحة الرخوة قد ينتقل على الأوعية الليمفاوية إلى أعضاء الجسم الأخرى .

وقد ذكر « جوجيرو ، وبارتيلي ، وجارنييه »^(١) أنهم لاحظوا حالة التهاب كلوي دموي أصاب شاباً عمره ١٩ سنة كان أصيب بقرحة رخوة ، وبعد مرور خمسة أيام من ظهور القرحة ارتفعت درجة حرارة الشاب إلى ٤٠ و ٤١° وظهرت باقي أعراض التهاب الكلوي مع وجود دم واسطوانات في البول . وعولج الشاب بالثاكنين « دميلكوس » فكانت القرحة تتناقص في حجمها وكان التهاب الكلوي يتناقص معها نسبياً . حتى تم شفاء الحالتين معاً بعد سادس حقنة .

وقد ذكر « ميلان » في كتابه السابق الذكر (صفحة ٣١ و ٣٢) حالة التهاب كبدي نتيجة للعدوى بالقرحة الرخوة .

ومما بينه « ريثالييه »^(٢) من أنه يمكن تشخيص القرحة الرخوة بواسطة فحص

(١) M M. Gongerot, Borthelémy et Garnier : Archives dermatosyphiligraphique de la Clinique de l'hôpital Saint-Louis, Page 414, Juillet 1929.

(٢) Rivalier : Société de dermatologie (Réunion de Strassbourg, page 656, 1928.

الدم بعد ظهور القرحة الرخوة بثمانية أيام يفهم القارىء أن تأثير « سترپتوباسيل دوكرية » يتعدى منطقة القرحة الموضعية الى سائر أجزاء الجسم .
والمستقبل كفيل باظهار هذه الحقيقة بشكل أوضح .

الهيربس التناسلى

(هيربس جينيتاليس)

ليس الهيربس مرضاً تناسلياً بكل معنى الكلمة ولكنه يظهر فى حالات كثيرة على الأعضاء التناسلية ولذا لا نرى مانعاً من ذكر شىء عنه هنا ويضيق المقام بنا عن شرح تفاصيله . ويظهر الهيربس على الاشخاص الذين يصابون بأمراض تناسلية خصوصاً السيلان والزهرى . وقد لاحظ (فورنييه) ان نصف النساء المصابات بشانكر على عنق الرحم يصبن بالهيربس التناسلى^(١) . وقد يظهر على أشخاص ليس عندهم مرض تناسلى قط . ويبتدىء ظهور الهيربس التناسلى بشعور المريض (بأكلان ورغبة فى الهرش) فى أعضائه التناسلية ولذا نبتدىء بفحص هذه الاعضاء فبرى فقائعاً (فيزيكلز) صغيرة بجوار بعضها ويرى الجلد حولها ملتهباً قليلاً وأحمرأ . وتحوى هذه الفقائع سائلاً رائقاً وقد ينقلب هذا الى سائل صديدى وقد تفتح هذه الفقائع الصديدية فتترك قرحاً صغيرة وتتسع هذه القرع وتتصل ببعضها تاركة قرحاً كبيرة قد تشبه القرحة الزهرية أو القرحة الرخوة ولكن التميز بين كل هذه القرع بسيط (راجع صفحة ٦٢ و ٦٣ و صفحة ٦٤) .

ويظهر الهيربس التناسلى عند الرجال على جلد القلفة أو على السطح الداخلى أى السطح المخاطى للقلفة أو على حشفة القضيب أو على جلد القضيب . ويظهر عند النساء على الشفرين وعلى الفرج وأحياناً ونادراً يظهر على عنق الرحم أو بالمهبل .

(١) ولذا يجب على الطبيب عند ما يرى (هيربس) على فرج اى سيدة ان يفحصها بمظار المهبل ليتحقق من وجود قرحة زهرية على عنق الرحم او عدم وجودها .

ولوحظ انه يظهر عند النساء قبل أو بعد مدة الحيض أو عند ما يكن مصابات بسيلان مجرى البول أو المهبل . ويظهر أحيانا عند العذارى بعد أول جماع أو من استعمال العادات السرية . وتوجد أقسام وأنواع مختلفة للهيربس التناسلى يضيق المقام عن شرحها وأهمها نوعان (١) الهيربس البسيط أو العرضى (٢) والهيربس التناسلى العائد (١) . فالأول يشفى بسهولة باستعمال غسيل مطهر بسيط وترش القرحة بمسحوق مطهر بسيط ثم بمسحوق مطهر قابض ويجوز استعمال مرهم (ريزينول) . وأما النوع العائد فهو نفس النوع الأول ولكنه يعود للظهور بعد الشفاء بأسبوعين أو ٣ أسابيع ثم يعالج ويختفى ويعود للظهور بعد شهر مثلا، وقد يختفى مدة شهرين ويعود للظهور رغم العلاج الدقيق . ولوحظ ان أكثر المرضى الذين يصابون بهذا النوع من الهيربس يذكرون للطبيب ان الهيربس يعود لهم عند ما يجامعون امرأة (٢) غير التى اعتادوا أن يجامعوها (أى غير زوجتهم مثلا اذا كانوا متزوجين أو غير عشيقتهم اذا كانوا غير متزوجين) . واذا عاد المرض للظهور فيعود المريض لطيبه ويعجز هذا أحيانا عن تخليصه تماما من شر هذا المرض حتى يسأم المريض والطبيب (٣) وقد تنتهى الحالة عند هذا المريض بأن يصاب بنوراستينيا تناسلية . وقد يستمر المرض الى عدة سنين وقد يشارك المريض فى حياته حتى الموت .

التهاب الحشفة (بالانبتيس)

توجد أنواع كثيرة لالتهاب الحشفة أهمها (١) التهاب الحشفة البسيط (٢) التهاب الحشفة المتأكل المتعرج (٣) التهاب الحشفة الغنغرينى .

(١) Herpès récidivant des parties génitales (Diday et Doyon).

(٢) Coït avec une femme nouvelle (Fournier).

(٣) Les victimes de cette odieuse maladie viennent bien, dit

Fournier, montrer leur mal à l'origine, nous assiéger de leurs doléances puis, découragés par l'insuccès des médications, ils finissent par désertir nos cabinets.

(١) التهاب الحشفة البسيط (سيمبل بالانيتيس) يكثر ظهور هذا التهاب عند أصحاب القلفة الطويلة - والله الحمد ينسدر ظهور هذا المرض بين الوطنيين لانتشار عادة الختان (الطهارة) بينهم. ويبتدىء المريض يشعر (بأكلان) فى الحشفة والقلفة، وعند كشف الحشفة ترى مادة بيضاء أو بيضاء صفراء ويمكن مسحها بسهولة من سطح الحشفة ويعطون هذه المادة اسم ^(١) (سميجم) ولها رائحة مخصوصة. وأحياناً تكثر هذه المادة وتصبح رائحتها كريهة وينتج عنها تهيج كبير لسطح الحشفة فيصير احمرّاً حساساً وتجد فيه الميكروبات المختلفة ميداناً صالحاً لنموها فتتو ويحصل التهاب بشدة. وعلاجه الوحيد هو طبعاً بتر القلفة اذا امكن أو تنظيف القلفة والحشفة يومياً بغسلهما بالماء والصابون أو بالماء فقط، وعند ما يكون الالتهاب شديداً فيستعمل المريض محلولاً ساخناً مطهراً لتنظيف الحشفة والقلفة ويرشهما بمسحوق مطهر قابض بسيط.

(٢) التهاب الحشفة المتأكل المتعرج (بالانيتيس ايروسيقا ايه سيرسيناتا) يبتدىء هذا الالتهاب بظهور لطف مستديرة وصغيرة بيضاء أو بيضاء رمادية أو رمادية صفراء. وهذه اللطف الصغيرة عبارة عن تأكل فى السطح المخاطى للحشفة وتتسع هذه اللطف وتلتحم بعضها فيتكون عنها سطح غير منتظم أو متعرج. وينتج عن هذا التأكل اضمحلال فى الخلايا المخاطية السطحية يتكون منه وجود صديد عند تاج الحشفة (كورونا جلانديس) ويرى سطح الحشفة احمرّاً ملتهباً لامعاً أو عليه بعض افراز بسيط. وأحياناً يزيد الالتهاب فينتج تقرح فى السطح المتأكل خصوصاً حول تاج الحشفة وتكون القرحة الناتجة عن ذلك عميقة وسطحها مغطى بغشاء رقيق رمادى أو ابيض مائل الى الاصفرار وحاقتها منتظمة مستديرة كانت أو مستطيلة. وفى

(١) وتوجد هذه المادة عادة بكمية صغيرة عند أصحاب القلفة وتوجد أيضاً عند النساء بين البظر وقلفة البظر، وغنى عن البيان انها لا توجد عند المصريات اللواتى من عاداتهن بتر البظر فى الطفولة أو فى سن الخامسة أو السادسة. ويظنون ان هذه المادة تفرزها غدد « تيسون » ويمتد كثيرون عدم وجود مثل هذه الغدد كلية.

أكثر الحالات التي يحصل فيها تقرح قد يصاب السطح الداخلي المخاطي للقلفة بتقرح أيضاً كما انه يصاب بتآكل بسيط أحياناً في الحالات التي لا يحصل فيها إلا تآكل بالخشفة فقط . وقد يخطئ بعضهم في تشخيص هذه القرحة فيظنها قرحة رخوة ولكن إذا تذكر أن حافة القرحة الرخوة تكون غالباً غير منتظمة وحافة قرحة التهاب الخشفة تكون دائماً منتظمة فلا توجد صعوبة ما في التشخيص خصوصاً إذا لاحظ الطبيب باقي مميزات هذين المرضين وعمل عينة ميكروسكوبية . ولا يجد الطبيب مشقة في تمييز هذه القرحة من القرحة الزهرية (راجع صفحة ٦٣) . وعلى العموم فإن التهاب المتآكل قد ينتج عنه ورم في القلفة (فيموزيس) وقد يحصل تقرح شديد في القلفة يخترق سطحها الداخلي والخارجي ، وقد يلتهم هذا التقرح كل القلفة . ولو حظ أن هذا التهاب يكون مصحوباً بألم شديد ورائحة كريهة .

(٣) التهاب الخشفة الغنغريني لا يختلف كثيراً عن التهاب الخشفة المتآكل إلا بكون التقرح يتسدى هنا بدون أن يبقه تآكل . وتكون القرحة ملتهبة جداً وسطحها متسخاً مغطى بافرازات صديدية رمادية اللون أو خضراء رمادية رائحتها كريهة للغاية أو مغطى بغشاء صعب الانتزاع من هذا السطح وإذا انتزع بقوة فيخرج الدم من سطح القرحة بدرجة تحتاج أحياناً للالتجاء لطرق جراحية لمنع النزيف . وتكون حافة القرحة متورمة بارزة ومحاطة بدائرة التهاب حمراء أو حمراء زرقاء . ويتقدم التقرح بشدة حتى يصل لدور غنغريني وقد تمتد الغنغرينا إلى كل القضيب أو تنتشر من القضيب إلى الصفن أيضاً وقد تمتد من القضيب لسطح البطن الأسفل على العانة وحولها . وقبل الكلام عن العلاج نرى أن نذكر شيئاً عن مسببات التهاب الخشفة فقد وجدوا في أكثر هذه الحالات نوعاً من سبيروشيتا اسمه (جرام نيجاتيف سبيروشيتا) وميكروباً آخر معه يعاونه على الحياة اسمه (فيوزيفورم باسيل جرام نيجاتيف) . وقد يرى التهاب الخشفة بقرحة زهرية (راجع صفحتي ٥١ و ٥٢) وقد يرى التهاب الخشفة المتعرج في بعض حالات السيلان . وقد يرى في بعض حالات ضعف الجسم المتأخر الناتج عن بعض الأمراض الشديدة المزمنة مثل

مرض البول السكرى (ديابيتيس) ولذا يجب فحص البول جيداً عند تشخيص ومعالجة أى حالة التهاب بالحشفة .

علاج التهاب الحشفة : بما أن ميكروبات هذا المرض ميكروبات لا تعيش في الهواء (أنيروبيك) وبما أن هذا الالتهاب يصيب أصحاب القلفة فلعلنا نرجع القلفة حتى تنكشف الحشفة وتنظف الحشفة ووسطح القلفة الذى انكشف بماء لوكسيجينى ساخن . ونكرر هذه العملية مراراً يومياً ونطلب من المريض ان يكشف الحشفة مرات متوالية ويتركها مكشوفة لمدة ربع ساعة كل مرة . ونرش السطح بمسحوق بسيط لنجفئه (١) . فبتعرض الميكروبات لتيار الهواء ولتأثير الاوكسيجين والجفاف تموت ويمتنع تأثيرها . وفي الحالات التى من النوع (٢) و (٣) قد نضطر لحقن المريض بحقن (نيوسالفارسان ٩١٤) أو (زيابرسالفارسان) وقد لاحظت ان عمل مكمدات ساخنة من محلول (زيابرسالفارسان ١ فى ٥٠) يفيد جداً في تخفيف الألم وازهاب الرائحة الكريهة وتخفيض الورم ونتم بالحقن الزرنيخية . وقد لاحظت ان عمل حقن (يودبين) بين الحقن الزرنيخية يساعد جداً على الوصول للشفاء بسرعة خصوصاً في الحالات الغنغرينية . واذا اشتدت الغنغرينا بالقضيب فقد يستحسن تسليط تيار (محلول ملح) مستمر على القضيب كما يعمل الجراحون في علاج الحالات المتسخة جداً ، ونساعد هذا العلاج الموضعى بحقن زرنيخية كبيرة . وغنى عن البيان أن نذكر انه اذا وجد ورم بالقلفة يمنع من كشف الحشفة فلا بد وان نلجأ لعملية شق القلفة شقاً بسيطاً . ولكن نحذر من عمل عملية الختان — أى بتر القلفة — مع وجود التهاب شديد لئلا ينتشر الالتهاب على طول القضيب . وقد يرى الطبيب عمل بعض مكمدات أولاً لتخفيف ورم القلفة والاستغناء عن شقها .

(١) وقد نصح ماك دوناخ باستعمال المسحوق الآتى (يزموت صب جاليت ٢ جرام . يزموت تريبروم فينوليت ٢ جرام . كاربونات المغنيزيا الخفيفة ٢ جرام . مسحوق النشا ليكمل ٣٠ جرام — مسحوق يرش حسب امر الطبيب) .

المراسم التناسلية والاذن بالزواج

« يجب على كل ذكر وأنثى يريدان الزواج أن يستشيرا الطبيب في حالتهما الصحية قبل الأقدام على الزواج » هذه هي النصيحة الذهبية التي يقدمها المؤلف لكل فرد من أفراد أمته العزيزة .

وهذه النصيحة أخذت شكلا آخر في بعض البلاد التي سبقتنا في تفهمها معنى الصحة العامة ، فتدخلت السلطة التشريعية في حرية الأفراد ووضعت تشريعا يضطر الأفراد - ذكورا وأنثى - لتقديم شهادة طبية تثبت « استعداد راغبي الزواج لتكوين عائلة سليمة من الأمراض وفي حالة إنتاج نسل يكون سليما من الوجهة الصحية » .

ولقد سعى أحد زملائي الأفاضل ، وهو رجل من احسن الزملاء تفكيراً وأكثرهم شجاعة ، سعى كعضو في البرلمان المصري لأيجاد تشريع يضطر راغبي الزواج للحصول على شهادة طبية تشهد بخلو كل منهما من الأمراض التناسلية . وبجهود هذا الزميل بجهود محمود ومحبوب ، واقدامه على هذا الطلب التشريعي ممدوح مشكور ، ولكنني سبق وأخذت عليه تعجلاه في هذا الطلب التشريعي لاستحالة تنفيذه الآن من الوجهة العملية ، مع انني أول من بشر بتعليم فحص راغبي الزواج فحصاً طبيّاً في محاضراتي في الجامعة المصرية في سنة ١٩٢١ مع استمرارى في القاء هذا التعليم في السنين التالية . ولكنني كنت دائماً أرمي الى تنبيه اذهان الأمة الى عظمة هذا الفحص الطبي حتى تنبّه اذهان المعلمين ، فينتج عن ذلك انتشار الفكرة بواسطة الخاصة الى الدماء . وكانت نظريتي هي انه اذا عمت الفكرة ، واذا وجدت الاستعدادات الفنية والميكانيكية بعد تعميم الفكرة وتجهيز الأذهان لقبول الفكرة ، فاننا يمكننا ان نبدأ التطبيق بطلب التشريع الاجباري . هذا هو تاريخ تفكيري في فحص راغبي الزواج . ولكنني فوجئت بطلب عضو البرلمان المحترم ايجاد تشريع يضطر راغبي الزواج في بلاد كمصر للخضوع لفحص طبي يثبت عدم وجود امراض تناسلية عند راغبي الزواج .

ولست أريد ان اذكر هنا اكثر مما ذكرته سابقاً^(١) لمقاومة ايجاد تشريع كهذا سابق لأوانه في بلاد لم تنضج طبيًا للدرجة التي وصلت لها فرنسا والمانيا أو انجلترا وهي بلاد لم تقدم على مثل هذا التشريع مع نضوجها الفنى . وأهم اسباب اعتراضى على هذا التشريع - الذى اتمنى ان نصل يوماً ما للاستعداد الفنى لأيجاده - كانت الأسباب الآتية :-

(١) عدم وجود الأطباء اللازمين للفحص لأننا اذا كنا الى هذه اللحظة محتاجين الى حلاقى الصحة لعملية تطعيم الجدري فاننا نفتقرون حتماً للأطباء اللازمين للفحص الطبى الدقيق قبل الزواج .

(٢) عدم وجود المعامل البكتريولوجية والكيمائية اللازمة لفحص العينات الكثيرة من دم ، وبول ، وبصاق ... الخ ، وهى المواد اللازم فحصها فحصاً

(٣) استحالة تنظيم ادارة لمراقبة تسجيل تنظيم فحص راغبى الزواج طبيًا مع العلم بضعف النظام التسجيلى والاحصائى وتقصرهما الحالى فى مصر .

(٤) هب انه تيسر لنا ان نجهز جميع الاسباب المتقدمة للفحص فانه يجب علينا ايضاً أن نعد عقلية الأمة لمثل هذا الفحص الثمين الذى سيقف فى سبيله الجهل المستحكم فى العائلات المصرية ونفورها من كل ما يسمونه فحصاً طبيًا للفتاة أو المرأة .

(٥) وأهم سبب لاستحالة تنفيذ قانون الكشف هو عدم وجود المستشفيات اللازمة لعلاج من نجدهم مريضى من راغبى الزواج . لأنه الفرض من الكشف الطبى ليس فقط هرماء المريضى من الزواج بل ومعالجتهم لسفائهم من امراضهم حتى يؤذنه لهمم بالزواج .

وأما فوائد هذا الكشف وحيويته فقد شرحتها شرحاً دقيقاً فى مؤلفاتى المختلفة

(١) راجع عدد جريدة الاهرام يوم الثلاثاء ٢٣ اكتوبر سنة ١٩٢٨ .

في مواضيع التناسليات ، والخصمها هنا في جملة قصيرة ، وهي « حماية العائلة التي تتكون حديثاً من مصائب مرض السيلان وفكته بأعضاء الرجل والمرأة التناسلية ، وفكته بقوى التناسل وما ينتج عنه من عقم ومن ضعف وارتخاء ، وحماية العائلة من فكتك مرض الزهري بجميع اجزاء الجسم وحمايتها من جميع مصائب الزهري الوراثي ، وحماية العائلة من السل والسرطان وجميع الأمراض العقلية الوراثية . . الخ » انتهى هنا ماجاء بجريدة الاهرام .

والآن وقد بينا انا نادى بفحص راغبي الزواج طياً ولكننا نرى ان ايجاد تشريع اجباري لراغبي الزواج يضطرم للخضوع للفحص لاينتج حسنة الا انه قبل ان نجهز جميع المعدات الطبية والمالية والعقلية والبيكولوجية بالنسبة لأخلاق وعادات الامة ، فنرى ان نذكر الآن بعض التفاصيل الطبية اللازمة لمن سيكونون أفراد المهنة التي تمنح الشهادة الطبية في المستقبل اجبارياً للامة ، او من يمنحون هذه الشهادة لمن يطلبها برغبته منهم من افراد الامة الآن ، ونقصر بحثنا طبعاً على الامراض التناسلية ، تاركين امراض السرطان والسل والامراض العقلية والعصبية وغيرها لغيرنا من حضرات زملائنا الاختصاصيين المجتهدين في افرع هذه الامراض .

كيف نمح الاذن بالزواج في الامراض التناسلية ؟ للإجابة على هذا السؤال نتكلم عن كل مرض مهم من هذه الامراض عل حدته . ونبدأ بالكلام عن :-

الزهري والزواج

نظريتنا الاجتماعية في منح اذن الزواج للمريض بالزهري لاتنحصر في حماية شابة بريئة سليمة صحياً من العدوى بمرض الزهري من زوج مصاب بهذا المرض ، بل انها تتعدى ذلك في ميدان وقاية المجتمع من مرض الزهري . فهي تتطلب ايضاً أن نقي الاطفال الذين يولدون داخل هذه العائلة الجديدة من مرض الزهري الوراثي . كما انها لاتقف عند حد حماية الزوجة الشابة البريئة السليمة صحياً من زوج موبوء بالزهري ، بل انها تتعدى ذلك الى حماية الزوج الشاب البريء السليم صحياً من زوجة مصابة بهذا المرض ، وفي هذه الحالة يجب حماية الاطفال الذين يولدون لعائلة كهذه

حماية تفوق حماية اطفال العائلة الاولى السابقة ، وذلك يعود الى أن الوالد المزهور يعرض الاطفال المولودين له من والدة نقية للزهرى الوراثى أقل من تعريض أطفال مولودين من والدة مزهورة ووالد سليم للزهرى الوراثى ، وذلك يعود للأسباب الآتية :
 (١) ان الوالدة المزهورة هي التي تحمل الجنين في بطنها ، وهي التي تغذيه من دمها ، ودمها مصاب بالزهرى ، فمن السهل والمعتول بالبداهة انها تورث أطفالها الزهرى .
 (٢) ان الوالد المزهور — اذا لم يكن مصاباً بتقرحات زهرية خارجية معدية لا يمكنه أن يقدم العدوى لزوجته .

(٣) ولكن السبب الثانى السابق الذكر لا يمنع من أن الوالد المزهور قد يحمل ميكروب الزهرى « التريپونيم » أى « شپيروشيتا پايدا » فى (حيواناته المنوية — أى داخل الـ « سپيرم » — أى داخل الـ « سپيرماتوزوا ») . وبما أن الحيوانات المنوية قد تكون موبوءة بمكروبات الزهرى فقد يولد طفل مريض بالزهرى الوراثى الناتج عن اصابة الحيوانات المنوية بالزهرى (١) .

ومما تقدم يفهم القارىء اننا عند منح الأذن بالزواج للذكور المزهورين يمكننا أن نطلب من هؤلاء شروطاً أقل شدة من الشروط التي نطلبها من الإناث المزهورات الراغبات فى الزواج .

والآن نلخص للقارىء القرارات التي وصلت اليها « جمعية العلوم الجلدية

(١) وهذا النوع من الزهرى الوراثى هو ما يعبر عنه الاطباء الفرنسيون بقولهم : —

Heredo- Syphilis d'origine Spermatique

وبمجرد ماتم العدوى للجنين بهذه الطريقة فأنها تصل لاوالدة بواسطة الدم — فى اكثرية الحالات — وبعد ذلك تصبح الوالدة السليمة مريضة بالزهرى ، وهذا ما يسميه عمدة الدراسة الزهرية الاستاذ « فورنييه » بتعبيره الفرنسى « زهرى الحمل » عند النساء : وبالفرنسية : *"Syphilis conceptionelle de Fournier"*

ومن المدهش انه يوجد الآن اشخاص ينكرون احتمال نقل مرض الزهرى من الوالد بواسطة الحيوانات مع ان الثقاة الآتية اسماءهم يقررون ذلك صراحة ، وهم : —

« فينجر » ، « موانزر » ، « اولونموت » ، « بينار » ، و « لاكاير » وغيرهم من اكابر البعثة واكابر المؤلفين الذين لم يمنعنا من ذكر اسمائهم الا ان المسألة اصبحت مسألة خارجة عن باب المناقشة والجدل .

والزهريّة الفرنسيّة» ^(١) في شهر يونيه سنة ١٩٢٠ في مسألة زواج المزهورين :-

(١) يجب أن يعمل للمزهور أو المزهورة علاج زهري فني كامل ومنتظم .

(٢) يجب أن تمر سنة كاملة على نهاية العلاج بدون ظهور أى أعراض معدية

حتى يجوز الزواج .

(٣) يجب أن لا يكون عند المريض أعراض باثولوجية زهرية بأعضائه

الداخلية مثل الكبد والكلّى أو جهاز الدورة الدموية، وفي حالة وجود مرض أو أكثر

من هذه يجب خضوع المريض للعلاج من جديد كما جاء في البند الاول .

(٤) لا يجوز مطلقاً زواج من تظهر عليهم أعراض ايكلينيكية بمجهازهم العصبي .

(٥) يجب أن تكون نتيجة فإزرمان سلبية لمدة سنة من إيقاف العلاج .

(٦) يجب أن لا توجد تغيرات باثولوجية زهرية بالسائل المخي النخاعي . أه .

ذكرنا القرارات السابقة لنعطى للقارىء فكرة عن الشروط التى ارتأتها هيئة من

من اكبر الهيئات العلمية ، ولكن يجب أن نلاحظ :-

أولاً - أن هذه الشروط وضعت من زمن طويل ولم تكن طرق الفحص

تقدمت لدرجة الاتقان الموجودة عليها الآن .

ثانياً - لم يكن علاج اليزموت استخدم بعد ، وهو علاج له من فوائده ما ذكرناه

سابقاً فى باب العلاج مما ساعد على تقدم فن العلاج تقدماً عظيماً لمصلحة المرضى .

ثالثاً - نلاحظ القبط الآتية على البند الخامس وهو الخاص بعملية فإزرمان :-

(١) يشترط البند أن تكون (ع . ف .) سلبية ، مع أنه كثيراً ما يحدث

أن تظل (ع . ف .) ايجابية حتى بعد أدق وأقوى علاج للزهري

ولاً طول زمن ، فليس من حقناً أن نحرم مريضاً من الزواج لمجرد أن

(١) Reunion de la Soc. Française de Dermatologie et de Syphiligraphie : Juin 1920.

(ع. ف.) تستمر ايجابية مع أن المريض صار في حالة غير معدية فهو يصلح للزواج (١).

(ب) ان عملية فازرمان تعطى نتائج ايجابية وسلبية مختلفة في أدوار الزهري المتعددة ، فتعلق الزواج على نتائجها تعسف لا مبرر له ، ونحن نرى أن البند الخامس الخاص بعملية فازرمان يجب أن يعدل لمصلحة المريض ومساعدة على الزواج التعديل الآتي :

« يجب أن تكون نتيجة فازرمان سلبية لمدة سنة من ايقاف العلاج ، وأما اذا عمل العلاج اللازم وبقيت (ع. ف.) ايجابية فيعاد العلاج مع مراقبة (ع. ف.) كل شهرين . فاذا مضت سنة كاملة وبقيت (ع. ف.) ايجابية فيجوز السماح بالزواج . وفي هذه الحالة ينبيه على الزوجة بأن تعالج في أوائل شهور الحمل اذا حصل »
فاذا عدل البند الخامس من قرارات الجمعية الفرنسية هذا التعديل فان المؤلف يرى أن البنود الاخرى تكون معقولة وليس بها تعسف يذكر . وقد يلاحظ بعضهم بعض الشدة على البند الرابع الخاص بحرمان من تظهر عليهم أعراض ايكلينيكية يجهازهم العصبي ، ولكنني لا أرى هذا الرأي ، لأن حرمان هؤلاء من الزواج ليس لمصلحتهم فقط بل ان فيه وقاية للمجتمع تحميهم من انتشار نسل موبوء بأمراض عصبية وراثية مختلفة الاشكال .

ملاحظات عامة عن ابراء الرأي الفنى للمرضى والمريضات

بالزهري بشأن العلاج

(١) يجب على كل مريض أو مريضة بالزهري - مهما كان نوع العلاج الزهري

(١) ولقد عزز رأينا هذا الاستاذ « جويسبرى » Jewesbury في محاضراته عن « الزواج والزهري » التي القاها « بالجمعية الطبية لدراسة الامراض التناسلية » بالملحق في ٣٠ ابريل سنة ١٩٢٦ حيث قال « واعتقد انه من المستحب ان لا يتزوج رجل مزهور او امرأة مزهورة الا بعد اخذ علاج كاف لمدة سنتين على الاقل . واذا كانت (ع. ف.) ايجابية بعد ذلك فانها لا تمنع الزواج الا اذا كانت أيضاً مصحوبة بأعراض معدية » . فانت ترى انه يعاقب فيمة « الايجابية » على وجود اعراض معدية معها تمنع من الزواج ولكننا وحدها لا تمنع من الزواج بعد العلاج الذي ذكره .

الذى عمل لأيهما - أن يعلننا سابقة أصابتهما بمرض الزهري للطبيب الذى يعالج أيهما لأى مرض كان . فاذا مرضت العين فيقول المريض بالزهري لطبيب العيون « لاحظ أننى كنت أصبت بالزهري وعولجت منه » . واذا مرضت الأنف أو الخنجر أو الزور أو الرئة فيقول المريض نفس القول . واذا مرضت الكلى أو الكبد أو القلب أو أى عضو بالجسم فيجب على المريض أن يذكر طبيبه بأنه أصيب بالزهري يوماً فى حياته . ويجب على المريضة أو المريض أن يقص على طبيبه المعالج تفاصيل مرض الزهري ، من تاريخه الى علاجه بكل دقة اذا أمكن . وفائدة ذلك لا يمكن للمرضى تقديرها ، ولكنها من الوجهة الطبية الايكلينيكية لها فوائد لا يمكن وصف محاسنها ومحاسن نتائجها .

(٢) يجب على كل من أصيبت فى حياتها ، أو من أصيب فى حياته بمرض الزهري أن يخبر أى طبيب يعالج ابنها أو ابنه ، أو يعالج ابنتها أو ابنته ، انها هى الوالدة أو انه هو الوالد كان أصيب بمرض الزهري ، لأن هذا التنبيه للطبيب المعالج - معالجاً للعين أو القدم أو الأنف أو لقلب الابنة أو الابن - قد يستفيد من هذا التاريخ العائلى فائدة عظيمة تساعد على تشخيص حالة الابنة أو الابن تشخيصاً صحيحاً قد كان يعجز عن ايجاده لو كان يجهل تاريخ عائلة الابنة أو الابن .

(٣) اذا كنا نصر على تكليف المرضى بالقيام باخبار الاطباء بتاريخ الزهري فى عائلاتهم فاننا نصر اصراراً شديداً على تكليف الاطباء المعالجين والمشخصين ان لا يهملوا قط ، وفى كل حالة مرضية مهما كان نوعها وموضعها وشكلها ، فى أن يتعرفوا تاريخ الزهري فى عائلة المرضى الذين يعرضون أنفسهم عليهم . والخبرة علمتنا كثيراً عن خطورة مرض الزهري ، ولذلك نصمم على استلفات نظر الزملاء للنقط الآتية وقد نخدم مرضاهم خدمات أعظم من أن نسميها خدمات جليله :-

(١) ان اكثرية المرضى والمريضات لا يفهمون خطورة وجود تاريخ مرض الزهري فى عائلاتهم ، ولذا فهم لا يذكرون هذا التاريخ الا اذا سئلوا عنه .

(٢) كثيرون من المريضات والمرضى ينكرون اصابة زهرية حدثت لهم وذلك خجلاً من نفس امم المرض .

(٣) كثيرون ينكرون تاريخ وجود زهرى عند آبائهم أو أمهاتهم اما لجهلهم حدوثة أو خجلاً من نسبته لأهلهم لما يظنون من عيب فاضح يلحق أهلهم اذا قيل بهم كانوا مصابين بالزهرى .

(٤) لاحظت أن الامهات اللواتى عندهن بنات فى سن الزواج ينكرن بتاتاً تاريخ الزهرى فى عائلتهن ، والسرفى ذلك هو خوف هذه الامهات من تسرب سمعة وجود الزهرى فى العائلة لثلاثتقف هذه السمعة فى سبيل زواج البنات .

(٥) ليس من الضرورى أن يكون الزهرى الوراثى ناتجاً عند الولد أو البنت من الأب أو من الأم مباشرة ، لأنه قد يكون موروثاً عن الجد أو الجدة ، أو موروثاً عن والد الجد أو والدة الجد أو والد الجدة أو والدة الجدة ، ويحدث أن يكون موروثاً عن الجد الثالث أو الرابع وهكذا . . الخ . وكل من درس «قوانين الوراثة المندلية»^(١) يفهم هذه الحقيقة فهماً جيداً ، ولكن يحدث - لسوء الحظ - أن بعض الاطباء ينسون هذه الحقيقة فيعجزون عن تعليل الاصابات بالزهرى الوراثى لاهل المريض فى حالات كثيرة .

السيطرة والزواج

نبدأ بشرح حالة الذكور الذين اصابوا بالسيلان وذلك لأن تقرير حالة الذكور اسهل نسبياً عن تقرير حالة الاناث .

(١) حالات الذكور

ليجوز « للذكر » الذى اصاب بالسيلان ان يتزوج يجب ان يخضع لأنواع الفحص الآتية :-

(١) فحص البول : من السهل ان يفهم القارىء ان اول مظاهر الشفاء هو

ان يكون البول — بعد تهيج مجرى البول — رائقًا ، وعند ترسيبه يجب ان
الراسب خاليًا من الخلايا الصديدية والميكروبات .

اما وجود « خيوط » في البول فارى انه لا يمنع من اعتبار الشخص سليما الا اذا
وجد بهذه الخيوط — عند فحصها — خلايا صديدية او ميكروبات ، لأن كثيراً من
انواع مجرى البول عند بعض المرضى تكون عوملت عند معالجتها معاملة قاسية ، فمثلا
تكون خضعت لدخول آلات كثيرة فيها مثل المجسات او القساطر او منظار مجرى
البول ، وينتج عن ذلك استمرار وجود خيوط بالبول لزمان طويل مع ان الشخص
يكون شفى من السيلان . وبعض الحالات التى تأتينا لنعالجها من سيلان مزمن تكون
عولجت بانواع قوية من السوائل الكيماوية الكاوية بدون برر ولا جدوى ، فمثل
هذه الحالات يستمر اصحابها بعد شفائهم يخرجون خيوطا فى بولهم لزمان طويل قد
يستمر طول حياتهم ، ولكن هذه الخيوط تكون خالية من الخلايا الصديدية
والميكروبات ولذلك فهى لا تمنع من الزواج .

طرق تهيج مجرى البول . —

(١) يكلف الشخص بالقيام ببعض أنواع الرياضة كالمشى أو الجرى أو النط
أو الرقص أو ما أشبه من الالعب ، لاتنا لاحظنا ان أنواع الحركة الشديدة من
أحسن مهيجات المرض وهذا هو ما يدفعنا عادة للتنبية على المرضى بالسيلان بعدم
القيام بمثل هذه الحركات طول المدة التى يكونون فيها تحت العلاج . وكذلك يكلف
بأكل بعض « الحوادق » و « التوابل » ويتعاطى بعض « الكحوليات » لأن
هذه المواد مهيجة للمجرى ايضاً ولذلك تمنع تعاطيها وقت العلاج .

(٢) حقن مجرى البول بمحلول نترات الفضة ، والمؤلف ينصح بعدم استخدام
هذه الطريقة بناتاً لما ينتج عنها من اتلاف للفشاء المخاطى بمجرى البول .

(٣) تدليك سطح مجرى البول الامامى بواسطة وضع مجس داخل المجرى
وضغط سطح المجرى بالأصبع من الخارج .

(٤) تدليك سطح مجرى البول الخافى أيضاً .

(٥) حقن المريض بالفاكسين (ينتخب أحد الانواع المذكورة بصفحتي ٣١٢ و ٣١٣) ويفحص البول بعد الحقن بمدة ٢٤ ساعة و ٤٨ ساعة و ٧٢ ساعة .
فحص مجرى البول بالبوريتروسكوب :- لا تنصح باستخدام اليوريتروسكوب في فحص المجرى الا في الحالات المشكوك في شفاؤها مثل حالات تكرر عودة ظهور المرض ، أو الحالات التي عرف في تاريخها حدوث ضيق أو ضيق وتوسع . الخ .
 فاذا ظهرت سلامة الشخص بأنواع الفحص السابقة الذكر ، ولم تظهر أى أعراض مرضية ايكلينيكية على الحويصلات المنوية والبروستاتا والخصيتين والبربخين والحبل المنوى فالتا نجهز للشخص ان يتزوج .

ويكون احتياطنا ادق اذا قمنا بعمل انواع الفحص السابقة الذكر مرتين يفصل الأولى منها عن الثانية زمن يتراوح بين شهرين أو ثلاثة شهور .

(ب) حالات النساء

ان فحص الأنثى اكثر مشقة من فحص الذكر ، ويعود ذلك لعدة عوامل . واهم هذه العوامل هو (١) تكوين الاعضاء التناسلية البولية من الوجهة التشريحية . (٢) أن المرأة لا يمكنها أن تفحص نفسها من آن لآخر فتعرف انها اصببت بالمرض ولذلك تراها لا يمكنها اعطاء تاريخ مضبوط مثل الرجل الذى يسهل عليه فحص نفسه وملاحظة وجود افراز فيمكنه اعطاء تاريخ مرضى اكثر دقة من المرأة . (٣) ان وجود الافرازات الليكورية العادية أو وهى تقريباً فيسيولوجية في اعضاء التناسل النسائية كثيراً ما يقود لمختلف انواع الاخطاء من وجهة تاريخ المرض وتشخيصه .
 فامام هذه المصاعب تجب العناية التامة بفحص الأنثى فحصاً دقيقاً من الوجهتين الايكلينيكية والبكتريولوجية قبل منح الأذن بالزواج .

(١) الفحص الايكلينيكي :-

(١) أن يكون شكل الفرج من الخارج سليماً ، بمعنى أن لا يظهر على الشفرين الكبيرين اى شىء غير عادى كتورم أو احمرار أو احتقان ، وتكون قلفة البظر والبظر نفسه غير ملتهبين .

- (٢) ان لا يوجد أقل تورم أو تصلب بغدقي بارتولين .
(٣) ان يكون مجرى البول سليماً بفحص الفتحة بالنظر و بفحص المجرى بالتدليك بالاصبع داخل المهبل .
(٤) ان تكون قنابات « سكين » سليمة .
(٥) ان يكون المهبل سليماً .
(٦) ان يكون عنق الرحم سليماً وافرازاته رائقة وليس بسطحه تسليخ أو تشقق .
(٧) ان يكون الرحم وبوقاً فاللوب والمبيضان في شكل الاعضاء السليمة عند فحصها جميعها باليدين .
(٨) وأخيراً تكون فتحة الشرج في شكل سليم ، و بفحص الشرج بواسطة المنظار لا يظهر عليه التهاب ولا يكون به افرازات صديدية .

(ب) الفحص البكتريولوجي . - يجب عمل هذا الفحص بعد تهيج الجهاز التناسلي البولي للأنثى بطرق التهيج التي ذكرناها عند الكلام عن حالة الذكور ثم يستحسن عمل هذا التهيج قبل الحيض أو بعده . وتؤخذ العينات الآتية :-

- (١) عينة من البول .
(٢) وأخرى من فتحة غدة بارتولين ومن فتحة قناة « سكين » .
(٣) وعينة ميكروسكوبية وعينة للزرع من عنق الرحم .
(٤) وعينة من سطح المهبل .
(٥) وعينة من فتحة الشرج .

وبعد فحص هذه العينات ميكروسكوبياً وزرعاً وظهور النتائج السلبية ، يعاد فحص الأنثى في الشهر التالي ، وبعد ظهور النتائج السلبية ، يمكننا ان نعتبر هذه الأنثى غير معدية - وليس معنى ذلك طبعاً تمام الشفاء بالمعنى الطبي - ويمكننا وقتئذ منحها الاذن بالزواج .

فحص الدم في حالات السيلان^(١)

عند الذكور والإناث

ونلخص للقارئ هنا قيمة فحص الدم في حالات السيلان عند الذكور والإناث في النقط الآتية :-

- (١) الأشخاص الذين لم يصابوا بالسيلان تكون نتيجة فحصهم سلبية .
- (٢) الأشخاص الذين مصابون بالسيلان تكون نتيجة فحصهم غالباً ايجابية ، ولا تصير ايجابية قبل مضي اسبوعين الى ٤ اسابيع على ظهور المرض .
- (٣) الأشخاص الذين يصابون بالمرض ويتم لهم الشفاء تستمر نتيجة فحصهم ايجابية حتى لبضعة شهور بعد الشفاء .
- (٤) النتيجة الايجابية ليس معناها ان الشخص مصاب أو كان اصيب بمرض السيلان ، لأننا اذا حقنا رجلاً سليماً بقاء كسين السيلان فان دمه يستمر لبضعة شهور يعطى نتيجة ايجابية .
- (٥) النتيجة الأيجابية التي تستمر بعد اختفاء جميع اعراض المرض الايكلينيكية والبكتريولوجية التي ذكرناها سابقاً لاتدل إلا على انه يوجد عند المريض أو المريضة مركز للعدوى مخف في حالة خمول داخل الجسم : مثل عقدة بالبرنج أو بالحويصلات المنوية أو البروستاتا أو الحبل المنوي أو داخل قناة فاللوب أو داخل مفصل من المفاصل . ولكن يحدث أن تتحرك هذه العدوى بعد عدة سنين وتنتقل من دور الخمول الى دور النشاط فتحدث التهاباً سيلانياً بمفصل أو بالغشاء المبطن للقلب أو بقزحة العين . ففي هذه الحالات التي تكون فيها النتيجة ايجابية بهذا الشكل تكون المسألة تقديرية وتترك لحكم الطبيب . فمثلاً توجد مئات الألوف من النساء اللواتي عندهن تسدد سيلاني بيوق فاللوب أو التهاب مزمن بالمفاصل ولكن عنق الرحم ومجرى البول سليمان ، فمع

(١) راجع تفاصيل عملية فحص الدم في السيلان

"Complement Fixation Test in Gonorrhoea"

في مطولات البكتريولوجيا .

أن نتيجة الفحص ايجابية إلا انهن لا يتسبن في العدوى لأزواجهن ، وعلى ذلك يمكننا السماح بالزواج للأنثى التي تكون حالتها مشابهة لحالة هذه النساء .

(٦) لوحظ في عدد غير قليل من المرضى بالسيلان أن نتيجة فحص دمهم للسيلان كانت سلبية ، وعلى ذلك لا يجوز الاكتفاء بالنتيجة السلبية لمنح إذن الزواج بل يجب أن تكون باقى الأعراض الايكلينيكية والبكتريولوجية السابقة الذكر تدل على أن الشخص فى حالة غير معدية أيضاً حتى تمنح الاذن بالزواج .

القرحة الرخوة والزواج

أن مجرد شفاء القرحة ذاتها كاف لمنح الاذن بالزواج ، ولكن يجب أن تنصح المريض بأن يستمر لمدة اسبوعين الى ٣ اسابيع تحت العلاج القاكسينى ضد القرحة الرخوة وقاية له مما قد يحدث من المضاعفات التى ذكرناها فى صفحة ٣٩١ .

باقى الامراض التناسلية والزواج

ان مجرد شفاء هذه الامراض موضعياً كاف لمنح الاذن بالزواج .

العادات السرية

عند الذكور والاناث

يطلق اسم « العادات السرية » على أى عمل يقوم به الانسان - ذكراً كان أو أنثى - لتهييج عواطفه ، ثم اعضائه التناسلية ، بأى الطرق الممكنة غير طريقة الجماع الطبيعية . ولكون دراسة هذه العادات خارجة عن دراسة الامراض التناسلية الميكروبية ، وهى موضوع هذا الكتاب ، فيمكن القارىء أن يطلع على دراسة العادات السرية فى كتاب «الضعف التناسلى عند الذكور والاناث» للدكتور فخرى .

أهم المراجع وكتب الاستشهاد

- Bell : Traité de la Gonorrhée virulente (traduction de Bosquillon).
- Wolf u. Mulzer : Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten.
- Emil Noeggereth : Die latente Gonorrhoe im weiblichen Geschlecht.
Bonn 1872.
- Finger, Jadassohn, Ehrmann, u. Gross : Handbuch der Geschlechtskrankheiten.
- Finger : Die Blenorrhoe der Sexualorgane und ihre Komplikationen.
- Wossidlo : Die Gonorrhoe des Mannes.
- Leopold Casper : Handbuch der Cystoskopie.
- Rovsing : Klinische und experimentelle Untersuchungen über die infektiösen Krankheiten der Harnorgane.
- Schaeffer : Atlas u. Grundriss der Gynäkologie. München. 1899.
- Oberländer u. Kollmann : Die chronische Gonorrhoe der männlichen Harnrohre. Leipzig 1910.
- Mc. Donagh : Venereal Diseases.
- Harrison : The Diagnosis & Treatment of Venereal Diseases in general practice. London 1921
- Fenwick : A Handbook of Clinical Electric-Light Cystoscopy.
- Martin, Thomas, & Moorhead : Genito-Urinary Surgery and Venereal Diseases.
- Albarran : Médecine Opératoire des Voies Urinaires Paris 1909.
- Bruhns : Gonorrhoe, in (Riecke) Lehrbuch der Haut. u. Geschlechtskrankheiten. Jena 1920.
- S. Pozzi : Traité de Gynécologie. Paris 1905.
- Max Joseph : Geschlechtskrankheiten. 7 Auflage.
- Norris : Gonorrhea in Women. New York 1913.
- Johnston Abraham : "Tests for Cure of Gonorrhoea in Women."
Lancet p. 429 Vol. I, 1924.
- Johnston Abraham. Lectures on Gonorrhoea in Women and children.
London 1924.
- B. Lipschütz : Bakteriologischer Grundriss u. Atlas der Geschlechtskrankheiten. Leipzig, 1913.
- Gi. Milian : Le chancre mou, Paris 1931.

(١) طرق الوقاية من الأمراض التناسلية

تتركب طرق الوقاية من الأمراض التناسلية من قسمين كبيرين :-

(١) طرق الوقاية العامة .

(٢) طرق الوقاية الشخصية والطبية .

(١) طرق الوقاية العامة

وتتركب طرق الوقاية العامة من قسمين ايضاً :-

(١) مقاومة انتشار البغاء ، لانه من اقوى العوامل فى انتشار هذه الامراض .

(ب) مقاومة الأمراض التناسلية ، مباشرة .

() مقاومة انتشار البغاء

من العبث التفكير فى محو البغاء أو فى تخفيفه لدرجة محسوسة، لأن آخر ما وصلت اليه جميع القوانين واللائح التى ابتدعتها قريحة الانسان فى جميع الاجيال والبلدان هو الوقوف فى وجه تيار انتشار البغاء وقوفاً يمنعه من ان يجرف امامه روح الحياء والفضيلة والعفاف التى تعيش بها الأمم . واعتقد أن السرفى عدم نجاح جميع الانظمة ينحصر فى نقطة واحدة ، وهى أن جميع الانظمة والقوانين واللائح وجهت عنايتها وقوتها ضد المرأة فقط ! ومن البديهي أنه لا توجد بغى بدون وجود رجل يشاركها فى البغاء . فأصبحت القوانين تطبق على طرف واحد ممن يرتكبون جريمة البغاء وهى المرأة ، وتترك الطرف الآخر حراً يسرح ويمرح بعد ارتكابه الجريمة ضاحكاً من القوانين

(١) هذا الباب ملخص من « تقرير عن انتشار البغاء والامراض التناسلية بالقطر المصرى وبعض الطرق الممكنة لابطاؤها » لمختارتهما الدكتور طهري ، وهو التقرير الذى تعرف الدكتور برهه بالحفرة صاحب الجلالة ملك مصر سنة ١٩٢٤ ، ولحكومته ولابرلمان ، وقد أجيبت كثير من المطالب الواردة به ، وسيرد تفصيل ذلك فى الطبعة الثانية للتقرير .

هائزنا باللوائح ساعياً وراء إيجاد شريك جديد يشاركه في جريمة جديدة . ولقد ساعدنا جنبنا الاجتماعي على تطبيق القانون على الشريك الجديد وهي البغى الثانية وعلى ترك الرجل حراً طليقاً يبحث عن شريك ثالث يوقعه في حبال خبثه ومكره كرجل قوى يتمتع بالمرأة الضعيفة، وهكذا . فصارت القوانين واللوائح تنفذ في المرأة وتسحقها، والرجل يقدم يوماً بعد يوم لمن ينفذون هذه القوانين ضحايا جديدة من النساء . وهؤلاء الرجال يظنون انهم يوقفون البغاء ، وغاب عن ذهنهم أن البغاء منصفة بين المرأة والرجل ، فاذا لم توضع قيود من قوانينهم ولوائحهم ، التي يضعها الرجل — كرجل يُشَرِّعُ — ضد الرجل كما هي الحال ضد المرأة . فلن يقف البغاء ولن يقل انتشاره . ولكن الرجل لا يزال قوياً وصاحب النفوذ والسلطان . والمرأة لا تزال ضعيفة يذلها الرجل اذا اراد ولا يقبل أن تكون لها أى كلمة أو نفوذ الا اذا تطوع هو بنفسه لذلك ، ولن يتطوع لذلك الا اذا كان له من وراء ذلك دافع عظيم أو لذة مخصوصة ينالها . . . وعلى ذلك لا تزال القوانين واللوائح التي وضعت سابقاً لمقاومة البغاء عاجزة عن مقاومة البغاء . ولذا فقد اهتمت واصبحت في خبر كان في بعض البلاد التي تقدر الحرية الشخصية تقديراً يفوق السعى وراء أى مصلحة اخرى ، لان الحرية الشخصية في نظرهم هي احسن مصلحة واثمن امتياز يتمتع به شخص في بلاده . وهذه هي الحال في بلاد كإنجلترا التي لم ترأى فائدة في وجود البغاء الرسمي . وفي باريس التي تعتبر عنوان نظام تسجيل البغاء والاعتراف بالمواخير الرسمية (Bordells) لم تأت القوانين واللوائح باكثر من تقييد حرية عدد قليل جداً من العاهرات المسجلات وترك باقي المسجلات وغيرهن من العاهرات الغير المسجلات يسرحن ويمرحن في الطرقات والمحال العمومية « لأن وجود ٤٧ مأخوور يسكنها ٣٨٧ عاهر مسجلة في باريس ، لم يمنع ما يقرب من خمسين ألف عاهر غير مسجلة وستة آلاف عاهر مسجلة ومسموح لهن السير في الشوارع من الانتشار في جميع الاحياء »^(١) . وفي برلين اصبحت مهمة بوليس الآداب (Sittenpolizei) — التي كانت في الأصل موجهة للمحافظة على الآداب العمومية ومنع

انتشار البغاء - قاصرة على العناية بالصحة العمومية ومقاومة انتشار الامراض . واتبع نفس هذا المبدأ في تحويل مهمة بوليس الآداب في فيينا عاصمة النمسا . قال Finger و Baumgarten « لقد حول اشراف بوليس الآداب عن مهمته التي وضع لها أولاً وصار يشرف على الصحة العمومية من جهة الامراض التناسلية ومراقبتها ووسعت سلطة مراقبته الصحية هذه لتشمل البغاء السرى ^(١) بقدر المستطاع . »

وهذا التغيير في الروح التي أوجد بها بوليس الآداب يبين للقارىء أن رجال السلطة في الممالك المختلفة تحققوا أن كل الانظمة واللوائح مهما تطورت وأصلحت لايمكنها الوقوف في سبيل البغاء . فبدلاً من اضاءة وقهم في عمل لا يجدى قد وجهوا عنايتهم لمقاومة الامراض التناسلية التي تنتج عن البغاء . وتركوا الوقوف في وجه تيار انتشار البغاء الى رجال الاجتماع الذين يحسنون حالة الهيئات المختلفة الاقتصادية ورجال التربية والدين الذين يحسنون الاخلاق ويحضون على الفضيلة والعفاف لأنهم علموا أن هذه هي الوسطة الوحيدة التي تقف في سبيل انتشار البغاء . ولكنهم وجدوا أن تجارة الرقيق الابيض White slave traffic التي سعت الدول المختلفة لاعدامها لاتزال وتجد ممن يحترفونها مساعداً قوياً على البقاء . ولاحظ كل من درس البغاء أن من أهم الاشياء التي تساعد على بقاء وانتشار هذه التجارة هو وجود المواخير الرسمية (Bordells) أو كما يسميها الانجليز عادة في بلادهم (Brothels) . ولست في حاجة لاقناع القارىء بصحة هذا الاعتقاد بأكثر من ذكر قضية تجارة الرقيق الابيض الاخيرة في بلادنا وبطلانها الشهير هو (ابراهيم الغربى) الذي اعلنت الجرائد المصرية خبر التحقيق معه ورفض القضاة طلب الافراج عنه بكفالة وثبتت إدانته وأودع السجن حيث وافته منيته . فلندع هذه القضية التي يأسف لوقوع حوادثها كل مصرى ولا أقدم للقارىء الأدلة التي تثبت له أن المواخير (منازل البغاء) هي مركز ترويج تجارة الرقيق الابيض . أن الخطوة النهائية في هذه التجارة هي الانتفاع من وراء عرض الفتيات والنساء في اسواق البغاء بطريقة تضمن لمن يعرضهن الربح الذى يأتى

(١) وانهم موضوع البغاء السرى في باريس جيداً تنصح بمراجعة المؤلف :

O. C'ommenge : "La Prostitution Clandestine à Paris" ; Paris 1897

من هذا البغاء . ولا بد من وجود محل لعرض الفتيات والنساء . ولا بد من أن يكون من يعرض هذه البضاعة له تمام السلطان على بضاعته وفي ادارة محله . ولا تتوفر هذه الشروط لمن يتاجرون في الرقيق الايض إلا في المواخير حيث تراهم يتحكمون في من هن تحت يدهم من النساء . فالعاهر البائسة المسكينة لا يمكنها أن ترفض قضاء اللذة لأي انسان يطلب منها هذا طالما يدفع لها ثمن هذه اللذة . وليتها كانت تأخذ ما يدفع لها لنفسها بل انها مضطرة بحكم النظام المتبع في المواخير لا يصل ما تحصله ممن يقضون أوقاتهم معها الى صاحبة المنزل . وهذه تكرم عليها بجزء منه . وغالباً لا يتعدى هذا الجزء أكثر من ٢٠ في المائة من ايراد العاهر . وفي بعض المواخير تأخذ العاهر نصف ايرادها وتأخذ صاحبة الدار النصف الآخر ولكن هذا قليل ونادر . وفي أكثر المواخير الموجودة في الاحياء الفقيرة تأخذ صاحبة المنزل كل ما يجمعه العاهرات من المال وتقوم هي بحاجاتهن من مأكل ومشرب ، ولكن أى مأكل ومشرب ؛ اشياء تشتمل منها الانفس وقد لا تتعدى قطعة من الخبز والجبن ، أو قطعة من الخبز والبصل . وأما الملابس فلا تتعدى (فستاناً أو فستانين) بألوان تستلقت الانظار لعرض العاهر على الزائرين من الرجال وأكثر يهتم سكارى لا يميزون . وأما (البياضات) التي تلبس على الجسم مباشرة فيعجز القلم عن وصفها لانها كثيراً ما تكون قديمة العهد ممزقة وليتها كانت نظيفة بل انها قدرة وقد لا تغسل مرة كل شهر أو شهرين . وأكثرية العاهرات لا يملكن حذاء بل غالباً يلبسن (الشبشب) أو (القبقاب) . وأما الفراش الذي تنام عليه العاهر فتأنف العين من رؤيته لانه في أكثر الحالات عند الوطنيات لا يتعدى (مرتبة قديمة قدرة ومخدة ولحاف بدون ملايات فرش أو غطاء أبيض لأي قطعة) . وبما ان هذه القطع لا يمكن غسلها فترى العاهر تنام على فراش لم ينظف من عدة سنين . اللهم الا عند بعض الوطنيات القاطنات في منازل تقاضى أجراً عالياً في (الزيارة) فتجد (ملايات فرش) ولكنها ليست نظيفة نظافة تتناسب مع ما يحصلن عليه من أجر ، وقد لا تغسل الا مرة واحدة في الشهر . ويندر وجود (فوطة وجه أو يدين أو فوطة صحيه صغيرة) عند أكثرية الوطنيات مع ان بعضهن يوصلن لخزينة « العايقة » صاحبة المنزل ما لا يقل عن خمسين الى ثمانين جنيهاً في الشهر ،

ومن هذا المبلغ قد لا تتمتع العاهر لنفسها بأكثر من قرط (حلق) ثمنه لا يزيد عن ثلاثة جنيهات . وليتها كانت تملكه حقيقة بل في الواقع ونفس الامر هي تملك من ملابسها وحليها « حق الانتفاع ! » . واذا ما غضبت عليها صاحبة المنزل فانها تطردها من منزلها شرطدة عارية البدن خاوية البطن لا تدري أين تذهب ، فترمي بنفسها في أحضان منزل آخر يستخدم جسمها وشبابها وجمالها وصحتها بتقديم لقيات تسكت جوعها . هذا هو حال العاهر الوطنية في أكثرية المواخير وهي في هذا البؤس والشقاء لا تجد من يحميها ولا تعرف لمن تلجأ . وبعد مرور قليل من الزمن تصبح معتقدة أن العاهر يجب أن تعيش هكذا . بل تتطور عقلية الإنسان العادية عندها فلا تفهم معنى الحرية الشخصية ولا حقوق الفرد في المجتمع ، وتصبح واثقة أن حياتها تنحصر بين يدي « العايقة وطبيب الكشف » ، وتظن أن لا علاقة للقوانين العامة بشخصها ، فتصير توراتها وأنبيائها وقرآنها وقانونها كلمة صاحبة المنزل ! ولكن أليست معذورة هي في ذلك ؟ نعم والاف مرة نعم . لأن من وضعوا « لائحة البغاء ومنازل البغاء » لم يفكروا لحظة واحدة في حماية العاهر داخل هذه المنازل . وكان اهمالهم الدفاع عن العاهر داخل هذه المواخير أكبر مساعد لمن يديرون هذه المنازل على امتصاص دم النساء اللاتي يسكن في منازلهم ، وكان أكبر مساعد على توسيع نطاق التكسب من وراء هذه النسوة ، وعلى ذلك أصبح محرضاً غير مباشر على تجارة الرقيق الأبيض . لأن هذه اللائحة لو كانت تحمي العاهر حماية حقيقية من استبداد أصحاب منازل البغاء لما زادت مكسبهم زيادة فحرضهم وتحرض غيرهم على الاتجار بالنساء . ولو كسدت تجارة الفجور في هذه المنازل لما سعى من يديرونها لاستجلاب كثيرات من الفتيات والنساء بطرق مختلفة لهذه المحال ولو قفت تجارة الرقيق الأبيض ولما سمعنا عن التجارة المتسعة المترامية الاطراف في بلادنا أخيراً .

الخمور والمخدرات والحشيش في المواخير : ولم تهتم لائحة البغاء بوضع القيود التي تمنع منها فعلياً توزيع الخمور والمخدرات والحشيش في هذه المواخير مع أن هذه

المواد توزع بكميات هائلة داخل هذه المحلات وتساعد من يديرونها على اكتساب الأموال الطائلة من وراء هذا التوزيع . ولأتقف مصيبة توزيع الخمر عند حد تحريض من يريدون التكسب من الابواب غير المشروعة على الاكثار من هذه المواقير بل أنها تتعداها الى ما هو شر من ذلك ، فالرجال الذين يزورون هذه المنازل يرغمون (ذوقياً) على تعاطي الخمر والمخدرات . ومعنى (ذوقياً) هو أن تطلب المرأة التي تجالس الرجل منهم أن (يطلب) لها كذا أو كذا من هذه المواد وبطبيعة الموقف ينجل الرجل من رفض طلب من ستكون بين ذراعيه بعد دقائق معدودات « لأنه جتلمان » . . فيأمر لها بما تريد ويشرب هو وهي - وأحياناً تطلب « على حسابه » مشروباً لنفسها ولزميلاتها في المنزل - ويتبع هذا الشرب أحياناً تعاطي بعض المخدرات (وهي تباع في منازل البغاء بأثمان فاحشة إذا أكد لي مريض من مرضى انه دفع جنبيين مصريين ثمناً لجرام الكوكايين في منزل من منازل البغاء بالعاصمة ، وأكد لي آخر انه دفع ثلاثين قرشاً صاغاً ثمناً لسيجارة حشيش) فتوزيع هذه المخدرات يساعد من يتجرون في أعراض النساء على الكسب الفاحش ، فيكون ذلك عوناً على استمرار حياة المواقير ونشاطها وانتشارها ، ويفسد صحة الرجال الذين يزورون هذه المحلات ويحرضهم على الفجور والتهتك ، ويتلف صحة الفتيات والنساء اللاتي يتعاطين كأساً وكاسات مع كل (زبون) ، وكثيراً ما كان سبباً في سلب تقود وأوراق و « مجوهرات » الرجال اللذين يزورون هذه المنازل . هذه هي بعض العيوب المحققة في منازل البغاء ، ولكن لهذه المنازل عيوباً كثيرة غير مباشرة ، وأهمها انه كثيراً ما تتخذ هذه المنازل كوسيلة لاختفاء المسروقات والمهربات وكثيراً ما كانت هذه المنازل ملجأً للمجرمين يختبئون فيها عند عشيقه لهم هناك ، أو عند واحدة يتخذونها كعشيقة جديدة لهم بعد ارتكاب مرقه أو اختلاس أو ما شابه ذلك . ومما تقدم يمكن القارئ أن يفهم أن لائحة البغاء في مصر لا تقاوم انتشار المواقير واستثمارها . وقد بينت أن المواقير هي الوسيلة الوحيدة لترويج الاتجار بالنساء والفتيات وليس أدل على ذلك من تلك الجملة التي يعرفها كل من يدرسون البغاء وانتشاره وطرق محاربهه ، وهي جملة كتبها الدكتور « بلوخ Bloch »

حيث قال : « بدون منازل البغاء الرسمية لا يوجد الاتجار بالفتيات » (١) . فاذا أصلحت هذه اللائحة وأوجد فيها بعض المواد التي تقاوم استثمار هذه المواقف فإن الاقبال على فتح المواقف يقل تدريجاً ، وتبتدىء هذه المواقف تتناقص في عددها فتقل كمية النساء الموجودات بها ويتناقص عددها شيئاً فشيئاً حتى تتلاشى تماماً أو على الأقل تبقى حاوية عدداً قليلاً من النساء الكبيرات في السن فيقل الاقبال عليهما من الرجال وينخفض تأثيرها ويقل فتسكنها بالعباد . وليسمح لى القارىء أن يسأله : هل يوجد نوع من الاستثمار أكثر من اضطراب المرأة في هذه المنازل المسجلة لقبول أكثر من ثمان زيارات يومياً ؟ ولقد أكدت لى إحدى النساء التى تدير منزلاً من هذه المنازل انها عندها ٣ فتيات لا يقل عدد الرجال الذين يزورون كل واحدة منهن فى كل ليلة عن ١٢ رجلاً . وقد توجد منازل تستثمر فيها الفتيات بمعدل فاحش أفضح من هذا المعدل . نعم لأن من درسوا موضوع البغاء فى البلاد الأخرى ذكروا أن المرأة فى مثل هذه المنازل يزورها كل ليلة من الرجال عدد عظيم ومزعج (٢) . ولا يقف استثمار النساء فى هذه المنازل عند حد اضطرابهن لقبول زيارة أى عدد من الرجال بل ان من تدير هذه المنازل تدفع النساء لاتباع كل طريقة شاذة من طرق تسليّة زائريها من الرجال ، تارة بتمرينها على ذلك وطوراً بتعليمها كل طريقة شاذة بواسطة اختلاطها بالنسوة الأخرى المتمرنات ، والسرفى هذا الاستثمار وفى دفع النساء الى مالا طاقة لهن على احتماله مع اضطرابهن لتنفيذه هو تمتع أصحاب هذه المنازل بكل الإيراد الذى يكتسب بواسطة هذا الاستثمار . فلو منع أصحاب المنازل من الانفراد بهذا الإيراد وتمكنت النسوة من الالتجاء لرجال

(١) "ohne Bordelle, kein Mädchenhandel." Bloch: Sexualleben, S. 377.

(٢) قدر « شرانك » Schrank في فيينا عاصمة النمسا ان معدل من يزورون المرأة الواحدة يتراوح بين ٣ الى ١٠ رجال ويصل في حالات خاصة الى ٣٠ رجلاً أو أكثر . واكد طبيب فى « روما » عاصمة ايطاليا ان امراًة اكرهت على قبول ٦٠ رجلاً فى ليلة فى هذه المنازل . واكد عمدة « بورديو » Bordeaux للجنة الفرنسية التى كلفت بدراسة هذا الموضوع ان امرأة زارها فى يوم واحد ٨٤ رجلاً (راجع تقرير اللجنة الفرنسية صفحة ١١٠) .

Flexner, op. cit. p. 257.

السلطة عند ما يعتدى على ايرادهن لتحقيق أصحاب المنازل من أن ربحهم من هذه التجارة ابتداءً ظله يتقلص فلا يقدمون على فتح منازل جديدة وعلى إيجاد نسوة يستمروهن في هذه المنازل ، وتبتدىء المنازل الموجودة من الزمن السابق تضمحل الى ان تنعدم وتتلاشى. ولا تقف طرق استثمار هذه المنازل على استخدام النساء في استعمال كل ماهو غريب أو شاذ لتقديم الم لذات الساقطة ولا فساد أخلاق الرجال بل انها تعدت هذا الى ماهو أشد فتكاً وأكثر خطراً. لأن بعض هذه المنازل يستخدم ^(١) أولاداً ورجالا للجماع الشاذ ^(٢) (Homosexuality) . ولا تقف مصيبة هذه المنازل عند هذا الحد أيضاً بل انها تعدته الى استخدام بعض الرجال الذين يقدمون أنواعا من الم لذات الى نساء يستحضرن لهذه المنازل بعد أن يوعدن بوجود رجال في هذه المحال يقدمون لمن كل أنواع الم لذات العادية والشاذة وكل أنواع العادات السرية الفرنسية. نعم ان هذا النوع الذى يستخدم لهذه الاغراض من الرجال تجوز تسميته « ذكور بغايا غير طبيعيين » ^(٣) « Heterohomosexually-Prostituted-Males » وذكرت لى بعض مريضاتى من البغايا المثيرات وجود امثال هؤلاء الرجال فى محال

(١) من احسن الكتب فى دراسة بناء الذكور ووصفه هو:

De la Prostitution dans la Ville d'Alger depuis la Conquête (l'aris. 1853). par E. A. Duchesne.

(٢) وبهذه المناسبة اجدني ميالا الى الفات نظر القاريء الى ان طرق الجماع الشاذ اصبحت منتشرة فى بلادنا وسط الطبقة المتعلمة انتشاراً يستدعى بعض العناية، وقد وصلت لهذه النتيجة المؤلمة بواسطة عدة طرق ، ومن هذه الطرق احصائية اجهزها الآن وهذه الاحصائية مبنية على اعتراف عدد كبير من شبيبة البلاد ورجالها بمحطات صريحة اتقن من الطلبة والموظفين والمحامين والاطباء والمهندسين والاعيان والعمال (راجع ما جاء فى آخر الكتاب فى باب « طرق مقاومة البغاء والامراض التناسلية ») .

(٣) تجد وصفاً تنصلياً عن هذا النوع من الرجال فى المؤلف الآتى : —

Die Prostitution in Berlin und ihre Opfer, (Berlin 1846).

ومع أنه كتاب ثمين الا ان مؤلفه لم يذكر اسمه وقد يكون ذلك ناتجاً عن خجل كاذب او عن خوف مما جاء فى كتابه من المعلومات السرية عن مدينة برلين .

عمومية وفي منازل سرية للبغاء، وارجح وجود هذه الطبقة الخطرة في منازل البغاء الرسمية اكثر منها في منازل البغاء السرية في بلادنا المصرية بل وفي اكثرية العواصم الاروية. ولا اني هذا الترجيح الا على ما وصلني من المعلومات من مرضى وممن تدرن هذه المحلات ومن زيارتي المختلفة لهذه المحال في مصر وفي غيرها من الاقطار مع اصدقاء من الاطباء ورجال البوليس لدراسة البغاء. وعلى ذلك فاني اقترح الاقتراحات الآتية لمقاومة البغاء. ولكنني اذكر القارىء بأن المبدئين اللذين اكتب بهما اقتراحاتي هما:

أول - اني ممن يقولون بالغاء البغاء الرسمي. وثانياً اني ممن يعتقدون أن الغاء البغاء الرسمي فجأة لا يأتي بالفائدة المطلوبة بل أنه مضر ويجب السعى وراء اعدام البغاء الرسمي تدريجياً خصوصاً في بلاد شرقية كبلادنا. وعلى هذين المبدئين اقترح الآتي :-

(١) ايجاد بوليس لاداب في العواصم الكبرى يكون اختصاصه تنفيذ لائححة البغاء بمشابة وبشدة.

(ب) اصدر لائححة البغاء خصوصاً في المسائل الآتية :-

(١) لا يجوز الترخيص (من الآن فصاعداً) بتعاطي البغاء الرسمي قبل من الثانية والعشرين. واذا رأت السلطات رفع هذا السن الى ٢٤ أو ٢٨ فيكون هذا خطأ فاحشاً لا مبرر له.

(٢) كل من ثبت عليه استثمار مجهودات البغايا في منزل البغاء الذي يديره يعاقب بعقوبة قاسية (يقررها رجال القانون) تمنع استثمار النساء (١).

(١) نعم ان Flexner عند ما علق على مبدأ منع استثمار العاهرات في منازل البغاء في فينا وبودابست ودريزدن وهي بعض البلاد التي تحمي لوائجها العاهرات من أن يستثمرهن أصحاب المنازل قال انه لو كان عدد منازل البغاء كبيراً لما استطاع رجال السلطة ايجاد الضباط الكبار الشرفاء الذين يقومون بالتفتيش والمراقبة ولاضطروا لاستخدام صغار الضباط فكانت تنتشر الرشوة وتفقد الاوائح قيمتها Flexner op. cit. pp. 186-190. ولكنني أتمني أن يوجد عندنا بوليس آداب من طبقة راقية في العاصمة ويمكن على أي حال ضمان سير التفتيش والمراقبة بضم بعض عظام الرجال غير الرسميين — بالتطوع — للهيئة الصغيرة التي تقوم بهذا التفتيش في المنازل للتحقق من الاستثمار أو حسن المأمله.

(٣) لبوليس الآداب أن يفتش أى منزل بغاء - ويوجد طيب في صحبته في بعض الحالات خصوصاً للتحقق من الاستثمار - في أى ساعة كانت . وعلى من يدير المنزل أن يسهل مهمة هذا البوليس ومن يستصحبه معه من افراد أى لجنة تتشكل من افاضل الرجال لمساعدته .

(٤) لا يجوز (من الآن فصاعداً) وجود أكثر من ٣ بغايا في مسكن واحد .

(٥) تحرر استمارة شهرية بكل ممتلكات أى عاهر تحوى كشفاً تفصيلياً بملابسها وحليها وتقودها التى تكون محفوظة باسمها عند من يدير المنزل .

(٦) لا يجوز انتقال عاهر من منزل بغاء لآخر قبل اخبار البوليس بذلك وقبل التميم على آخر استمارة بما تملك العاهر داخل المنزل الذى تريد مبارحته .

(٧) لا يجوز بأى حال من الاحوال توزيع الخمر والمخدرات في منازل البغاء .

(٨) تقرر عقوبة خاصة لكل من يخالف أى بند من هذه البنود الاضافية .

وغنى عن البيان انه لتنفيذ لائحة البغاء - بعد اصلاحها - على الاجانب والوطنيين يجب موافقة السلطات القنصلية . وليس على الحكومة الا أن تسمى للحصول على موافقة القناصل لتنفيذ النظام الذى يسرى على الوطنيين وعلى رعاياهم الاجانب . وائتى لى امل كبير فى أن يوافق القناصل على نظام يطبق على الوطنيين والاجانب معاً لمصلحة الصحة العمومية ، خصوصاً وأن رعاياهم من الذكور سينتفعون بهذا النظام . واذا لاحظت الحكومة أن اكثرية البغايا الاجنبيات - الرسميات والغير الرسميات - هن رعايا قناصل بعض الدول التى توجد في بلادها على العموم أنظمة رقابة البوليس والكشف على العاهرات فانها تسهل عليها مهمة اقناع هؤلاء القناصل بالتسليم بأى نظم جديدة تريد وضعها . لا ثنا نعم - كما يعلم البوليس - انه لا توجد عندنا عاهرات انجليزيات أو امريكيات أو نرويجيات أو دانماركيات . بل أن اكثرية هن من اليونانيات والايطاليات والفرنسيات وكل هذه بلاد بها نظم راقية للكشف . وهكذا هى الحال - مع بعض التعديل في النمسا وتشيكوسلوفاكيا والمانيات وهى بلاد النازحات لقطرنا في الأيام الأخيرة .

والآن تقف امام مسألة البغاء السرى . نعم ان ابطال البغاء السرى امر مستحيل ، ولكن هذا لا يمنعنا من محاربته لتخفيف وطأته وتحديد انتشاره . واكبر جزء من البغاء السرى هو ما يرتكب داخل المنازل الخاصة بالبغايا الغير الرسميات وفي الپنسيونات ، فاذا قاومنا انتشار هذه المحلات فنكون قاومنا انتشار البغاء السرى . ولقاومة انتشار هذه المحلات يجب إيجاد تشريع يطبق على الاجانب والوطنين على السواء ، لأنه لا فائدة في أن يجتهد بوليس الاداب في اثبات أن منزلا من المنازل يستعمل للبغاء السرى ولا يجد طريقة لقفله الا بحكم من المحكمة المختلطة قد لا يحصل عليه بعد زمن طويل ^(١) . ووجود تشريع يقاوم انتشار هذه المحلات ليس بدعة اريد ابتداعها بل انه موجود في مدينة « بودابست Budapest » وغيرها ويتلخص في الاتي : -

كل ساكن له أن يمنع بقوة البوليس أى بغى تكون ساكنة في نفس المنزل الذى يسكنه إذا لم يكن اخبر قبل أن يستأجر سكنه بوجود بغايا بالمنزل . واذا استأجرت البغايا أى جزء من المنزل بعد عقد ايجاره فله أن يطلب الغاء عقد ايجار البغايا ويخرجهن بواسطة البوليس .

لا يجبر ساكن على احتمال وجود بغايا في منزل يسكنه .

لا يجبر ساكن على احتمال وجود بغايا في منزل يسكنه الا اذا ثبت عليه بوجودهن قبل دخوله المنزل . وكل مالك يجب عليه اخبار كل ساكن جديد بحالة منزله الادبية بدون أن يسأل عن ذلك .

كل مالك لا يخرج البغايا من منزله عند ما يطلب منه الساكن ذلك يكلف بفسخ العقد مع الساكن وبدفع تعويض - راجع قانون المساكن والايجارات القسم السادس ، ^(٢)

انا لا اقترح اتخاذ هذا النص بحرفيته ، بل اننى اقترح إيجاد التشريع الذى يحمى سكان المنازل من اختلاط البغايا بهم بروح قوية كالروح الموجودة في أنظمة بعض البلاد

(١) وقد اخبرنى « الببائى ابليت Bimbashi W. J. Abblitt » مساعد حكيمدار

العاصمة وحكيمدار بور سعيد الآن) ان البوليس ضبط منزلا للبغاء بماعدين ومضى نحو سنة ولم يحصلوا على حكم من المحكمة المختلطة بقفله .

(٢) نالا عن Flexner : op. cit. p. 201.

الآخري . هذا من جهة المساكن ولكن البغاء السري منتشر كما ذكرنا سابقاً بعدة طرق وفي أماكن أخرى . وكرامة الأمة وصحتها العمومية يستدعيان نشاط بوليس الآداب وسهره . فانا اقترح الآتي مؤملاً في نفس الوقت أن تسمح الهيئات القنصلية بمنح بوليس الآداب القوة الكافية على رعاياهم الأجانب في جميع ما يتعلق بهذه الإجراءات ، مع وضع نظام يكفل (أولاً) إيجاد هيئة راقية لبوليس الآداب يكون مضموناً معها عدم قيام هذا البوليس بما يشين كرامته ، و (ثانياً) تحديد سلطة هذا البوليس بحيث يمكنه القيام بمهمته بطريقة لا تتعرض معها كرامة أفراد الشعب لأي فضيحة أو عار لا يستحقه . واما اقتراحي فهو كالآتي : -

أولاً - لبوليس الآداب أن يفتش أي قهوة أو مرقص أو أي منزل مباحق بأي محل عمومي اذا وجد عنده اشتباه مبني على معلومات صحيحة بأنه يوجد في أي محل من هذه المحال نوع من استثمار البغاء .

ثانياً - لبوليس الآداب أن يراقب - ويفتش عند الاقتضاء - أي حديقة عمومية أو فندق أو دهليات أو قوارب أو منازل خشبية على النيل أو عربات أو أوتومبيلات في طرقات منعزلة بحلة مربية أو عند وجود شبهة أدوية كما جاء في البند الأول .

ثالثاً - لا يجوز لبوليس الآداب أن يهاجم أي محل من هذه المحال للتفتيش إلا بعد استئذان رئيس قوة البوليس الذي يأمر مركز البوليس التابع له هذا المحل بأن يساعد بوليس الآداب بالقوة عند الاقتضاء . ولا يمنح رئيس قوة البوليس هذا الأذن إلا بعد أن يعرض عليه بوليس الآداب الأدلة التي تثبت صحة مباحثه الأولية التي قادت الى الاشتباه .

هذه هي أهم النقاط في اقتراحي واترك التفاصيل للجنة التي سيأتي تفصيل اقتراحي تشكيلها بعدئذ . وفي هذا الكتاب نكتفي بترك تشكيل اللجنة للسلطات .

ولمقاومة الأسباب الأخرى التي نعرض على انتشار البغاء السري لا يبقى أمامنا الآن إلا مسألة « الفوائد » ومسألة محال « التمثيل السافط » « ودور السينماتوغرافات » . وأما باقي الأسباب فهي شخصية في أكثر الأحوال فلا تنفع

فيها اجراءات أو لوائح رسمية بل يترك اصلاحها للتربية ورفع معدل اخلاق العائلة والهيئات الاخرى عموماً . وابوليس الاداب أن يوجه نشاطه ضد هيئة « القوادين والقوادات » ، ولا أرى ماذا يمنع رجال التشريع عندنا من رفع العقوبة المقررة لكل من يحرض الغير على ارتكاب الفحشاء لأننى أراها ضعيفة في قانون العقوبات الأهلى . وأما التمثيل الساقط فيمكن مقاومته اذا وجهت السلطة المختصة برقابة الروايات التى تمثل فى هذه المراسح عناية خاصة لانتقاء القطع الجيدة الفكاهية الخالية من سقوط الاخلاق . وهذا بعينه ينطبق على عناية « رقيب شريط السينما » خصوصاً وأن دور السينما يزورها عدد كبير من الاولاد والفتيات الصغيرات .

(ب) طرق مقاومة الامراض التناسلية

مما تقدم يرى القارىء أنه يجب التفكير فى طرق خاصة لمقاومة الامراض التناسلية فى قطرنا لاختلاف احوالنا المحلية عن البلاد الغربية . ولا بأس من الاستعانة بما وصلت اليه البلاد الغربية بعد تفكير وخبرة طويلة . واعتقد شخصياً أن طرق المقاومة عندنا تنحصر فى الآتى -

أولاً - مقاومة تأثير البغاء على انتشار الامراض التناسلية :-

(١) اصلاح « الكشف الطبى على العاهرات » .

(٢) حجز العاهرات المريضات بالمستشفيات حتى يصبحن غير خطرات على

من يخالطن من الجمهور .

(٣) ايجاد نص فى لائحة البغاء يحرم على من يديرون منازل البغاء السماح

للكور الذين يكون عمرهم أقل من ٢١ سنة بدخول هذه المنازل . مع وضع عقوبة لمن يخالف هذا النص .

ولتنفيذ هذه الاقتراحات وما سبقتها تنفيذاً فعلياً مفيداً يجب أن تنفذ على

الوطنيين والأجانب على السواء . ولتنفيذها على الأجانب تجب موافقة قنصلياتهم كما قلنا . فاذا لم تنجح الحكومة فى الحصول على موافقة هذه القنصليات فتصبح كل

الاجراءات صورية لاتنفذ ولا تجدى بالنسبة للأجنيات وبالنسبة للبغاء السرى الوطنى والأجنى^(١) . ولا يوجد معنى — لامن الوجهة الأدية ولا من الوجهة الصحية — لوجود هذا النوع المشوه من نظام تسجيل البغاء الذى لايمتد سلطانه إلا على العاهرات الوطنيات وعددهن قليل . نعم اننى قلت سابقاً ان تغيير نظام البغاء الرسمى فجأة الى نظام المنع يأتى بضرر كبير ولكننى افضل فى نفس الوقت إلغاء هذا النظام فى بلادنا وإيجاد نظام المنع (Abolition) اذا وقفت سلطة النظام القديم عند حد الوطنيات المسجلات ، لأن المضار التى تعود على البلاد من هذا الإلغاء الفجائى ستكون مؤقتة ولكنها تنجى القطر من نظام هو الفوضى بعينها ، وتنجى القطر من شرو وجود (منازل البغاء Bordells) . وقصارى القول انى ارفع صوتى منادياً بالحكومة قائلاً « أما ان تطبق نظام اباحة البغاء — بعد اصلاحه كما تقدم — على الوطنيين والاجانب على السواء ، واما ان تلغى البغاء الرسمى بتأماً » .^(٢)

(١) نعم لأن نظام تسجيل البغاء فى الاقطار المختلفة لم يتمكن من تسجيل كل البغايا بل انه لم يتمكن من وضع سلطة رجال البوليس الا على نسبة صغيرة حقيرة من جيش البغاء الكبير . فمثلاً كان فى مونينخ ٤٠ عامر مسجلة فى سنة ١٩٠٩ وكان البوليس يعلم عن ثقة بوجود ٢٠٧٦ بقايا سريات (راجع صفحة ٦ من كتاب

(Heheime Prostitution von. P. Bruns, "Dresden 1911")

ونقلاً عن Flexner : op. cit. p. 146 كانت السلطات فى فيينا تعتقد ان عدد العاهرات لا يقل عن ٣٠٠٠٠ عامر ولم يكن بينهم اكثر من ٥ فى المائة مسجلات ، وفى روما كانت المسجلات ٢٢٥ عامر وكان البوليس عالماً عن ثقة بوجود ٥٠٠٠ عامر على الاقل .

(٢) نعم نطلب إلغاء نظام البغاء الرسمى اذا لم يمكن تنفيذه بكل شروطه لانه يصبح نظاماً مؤذياً أدياً وصحياً فاذا عجزت الحكومة عن الحصول على موافقة القناصل على تطبيق اللوائح الجديدة التى نطلبها فعليها ان تقدم على إلغاء البغاء الرسمى بدون خوف ولا وجل . نعم ان الفوضى الأدية والامراض التناسلية سيزيد معدل انتشارها لزمان وجيز . ولكن بجهودات الهيئات المختلفة يمكن تحسين الحالة بسرعة وبعثت ننتفع بوجود نظام (المنع Abolition) وهو ما يقضى به الدين الاسلامى دين البلاد الرسمى . وبهذه المناسبة اذكر ملخص قرار « مؤتمر كل ولايات أميركا للامراض التناسلية » بنصه : —

"There is no evidence of an increase in promiscuity in the United States since 1910; that it is the opinion of the Conference that the (بقية الحاشية على الصفحة التالية)

ثانياً - إيجاد الوسائط الفنية الخاصة لعمل طرق الوقاية الطبية وللقيام بالمعراج الوافى للجمهور :-

(١) انشاء مستشفى للجلد والأمراض التناسلية بالعاصمة يكون مجهزاً بالعدد الكافى من الأسرة وبأحسن واحداث الآلات وبه معمل باتولوجى بكتيرىولوجى .
(٢) الاجتهاد فى إيجاد قسم خاص بالجلد والأمراض التناسلية متنوع ومجهز بقدر المستطاع بالأدوات الضرورية فى جميع مستشفيات الحكومة الأخرى فى العواصم والمديريات .

(٤) إيجاد بعض محطات فى القاهرة (اعتقد ان من خمس الى عشر محطات تكون كافية) تقدم فيها طرق الوقاية الكيماوية للجمهور ليلاً ، ما بين الساعة ٨ مساء الى الساعة الثانية صباحاً مقابل مبلغ بسيط « مثلاً قرشاً صاعاً » . وتنصح الحكومة المجالس البلدية فى عواصم المديريات والمحافظات بانشاء مثل هذه المحطات ، وتكون هذه المحطات الوقائية قريبة من امكنة البغاء والملاهى .

closing of the red-light districts and the repression of commercialized prostitution, which has taken place since 1910 and particularly during the past three years, has materially reduced the total of illicit sex relations in the U. S. A.,

(All-America Conference on Venereal Diseases, held 1920 at Washington).

"Quoted from Bacsom Johnson; Jour. Soc. Hyg. vol. VIII. April 1922. New York."

ويتلخص تعريب هذا القرار فى جملة واحدة وهى « ان المؤتمر يعتقد بعد دراسة واسعة ان العلاقات التناسلية غير الشرعية قلت كميتها بعد إيجاد نظام منع البغاء الرسمى » .
ولا داعى لذكر مؤلفات عديدة تثبت صحة نظرية منع البغاء وأنفليتها على نظرية الاباحة ونكتفى باستلفات نظر القارىء لكتابة كثير من العلماء وأهمها مقالات « بلاشكو Blaschko فى جريدة محو البغاء الألمانية ونذكر بعض الكتب الفرنسية الثمينة :-

Léo Taxil: La Corruption Fin de Siècle; (Paris 1894)

Louis Fiaux: Les Maisons de Tolérance, leur Fermeture (Paris 1892)

3me ed. pp. 248-251.

Les Maladies Vénériennes et la Reglementation de la Prostitution au Point de Vue de l'Hygiène Sociale (Paris 1906), par Paul Emile Morhardt.

هذه هي المطالب الاربعة التي اتنى ان تسمع اقتراحى لها حكومتنا الجليلة وتنفذها،
واذا اعتذرت الحكومة بان ميزانيتها المالية لا تسمح بالقيام بمثل هذه الأعمال فانى
أقول للحكومة الجليلة « اننى اعتقد يا حكومتى العزيزة ان الأمراض التناسلية تفتك
بصحة وبثروة البلاد ولا أرى أى نشاط لمقاومتها ومحاربتها . واننى اعتقد أنه يجب
البدء فى اعلان الحرب على أمراض كهذه لا تتوانى لحظة فى هجومها علينا . واعتقد انه
يجب عمل كل تضحية لمحاربتها . واناديك بعد أن ناديت اهل البلاد لتمدى يدا المعونة
لشعبك وتسعفيه بقوتك وثروتك التي لا تخرج الا من خزائنه . وثقى بأك اذا قدمت
بعض المال لمحاربة الامراض التناسلية - كما قدمتيه وتقدميه لغير ذلك من الأعمال -
فأنك لن تأسى على هذا المال بعدئذ . واستألفت نظر حكومتنا الجليلة الى أن اللجنة
الملكية البريطانية نصحت فى تقريرها عند دراسة الامراض التناسلية لحكومتها
الانجليزية بأن تدفع ٧٥ فى ائمة من جميع المصروفات التي تقوم بها المشاريع التي
توافق عليها الحكومة لمحاربة الامراض التناسلية (Report of the British Royal
Commission) . وأرى من الواجب ان اذكر الارقام الآتية مساعدة لحكومتنا الجليلة
على القيام بخدمة البلاد بأموال البلاد . واذا ذكرت هذه الارقام فانى لا اقصد أن

السنة	مجموع ما تصرفه بعض الهيئات والبلديات على العيادات الخاصة بالامراض التناسلية	ما تدفعه وزارة الصحة لمساعدة هذه الهيئات .
من سنة ١٩١٧ الى سنة ١٩١٨	١١٦٠٠٠ جنيهًا	٨٤٠٠٠ جنيهًا
» » ١٩١٨ » ١٩١٩	٣١٤٠٠٠ »	١٤٥٢٣٢ »
» » ١٩١٩ » ١٩٢٠	٣٨٧٠٠٠ »	٢٢٤٧١٦ »

جدول (١) مرة (٤)

هذا المال هو كل ما يصرف فى بلاد الانجليز على الامراض التناسلية بل انه جزء

من كثير مما يصرف على محاربة هذه الامراض لأن بريطانيا بها مستشفيات عديدة لمعالجة هذه الأمراض . ولكن هذه المبالغ هي التي تدفعها الخزينة العمومية لمساعدة بعض المستشفيات والمشاريع التي تحارب هذه الأمراض .

ولم أذكر ما يصرف في الاقطار الأخرى لأنني اكتفيت بذكر ما يتعلق ببريطانيا وهي البلاد التي لنا بها احتكاك أكثر من غيرها . مع أن بعض البلاد الأخرى تصرف في سبيل محاربة الأمراض التناسلية أكثر نسبياً من بريطانيا . وبعد تسطير هذه الأرقام اتوقع أن حكومتنا الجليلة متشعر بضميرها الحى انها مكافئة بالاهتمام بالصرف على محاربة الأمراض التناسلية . فاذا كانت الميزانية لا تسمح بالقيام بهذه المطالب الأربعة ، واذا رأى رجال المسالية ان « الملايين من الجنهات » التي يتصرفون فيها لا تكفى لهذه الاقتراحات — ورأيهم صواب دائماً لأن من تحت أيديهم المال يفهمون قيمة المال أكثر ممن يحبون الاصلاح الحقيقي . . . - فأننى أصر على اثنين من مطالي الأربعة . وهما الأول (انشاء مستشفى للجلد والأمراض التناسلية بالعاصمة) والرابع (أى انشاء محطات الوقاية) وأملى في رجال حكومتنا أن يسرعوا في اجابة هذين المطلبين بقدر المستطاع . وان كانوا يقولون بأن المستشفى الجديد وهو مستشفى القصر العيني المزمع انشاؤه سيكون به قسم للجلد والأمراض التناسلية فأننى أقول لهم ان الأقسام الخاصة بهذه الأمراض لا تكفى بل يجب انشاء مستشفى كبيراً خاصاً بها وحدها ، ولو فى شكل بنائه ، لأن هذه الدار تعلم الشعب خطورة هذه الأمراض .

ثالثاً — اصترح برنامج التعليم بحيث يصبح طاقياً لمساعدة طلبة العلم على فهم الحقائق التناسلية فهما صحيحاً نافعا وفاقياً من سرور جهلهم بها وطاقياً لرفع معدل الافراد الشخصية والوطنية .

(١) ادخال مبادئ بعض العلوم مثل علم التاريخ الطبيعى أو النبات أو الحيوان والفيسيولوجيا والتشريح فى برنامج التعليم الثانوى . لأننى أخجل اذا قلت أن بلادنا هي البلاد الوحيدة فى العالم المتمدين التي يخرج « الطالب الثانوى » من مدارسها

لما يفقه شيئاً عن تركيب جسمه . فهو في الحقيقة معذور اذا اعتبرته - كما حصل - بعض جامعات أوروبا « جاهلاً » . مع أن الطالب المصري ذكى نبيه وأثبت دائماً تفوقاً على كثير من أقرانه في الجامعات التي درس فيها كل برنامجها مثل زميله الأوروبي . فان كان من وضع برنامج التعليم أولاً رغب في جعل معدل التعليم منحنياً فائى واثق من أن وزير المعارف المصري الحالى يكاد يلهب غيرة على حالة العلم في بلاده ، واننى آمل منه ومن باقى من يساعدونه في عمله الشاق أن يبدأوا ثورة الإصلاح العلمى بادخال هذه العلوم في برنامج التعليم الثانوى ^(١) .

(٢) ادخال بعض الدراسة السطحية جداً عن طرق نمو الحيوانات والنبات في برنامج التعليم الابتدائى ليأخذ الاطفال فكرة بسيطة عن معنى « الجنس Sex » . وليتمكن الطفل في مستقبل دراسته الثانوية من فهم ما يلقى عليه من العلوم النباتية والتاريخية الطبيعية بدون إحداث رجة عنيفة في عقلية ونفسية . وبهذه المناسبة اشعر بميل لتذكير وزارة المعارف المحترمة بآراء كثير من العلماء الذين بحثوا ونقبوا ودرسوا واختبروا طرق تربية الاطفال في البلاد المتقدمة . ولكثرة هؤلاء سأكتفى بذكر بعضهم كأنموذج لآراء غيرهم :-

(١) ماريا ليشنيفسكا ^(٢) Maria Lischnewska نصحت بأن يبدأ في تعليم الصغار في المدارس الابتدائية ما هو لازم لهم في حياتهم التناسلية في السنة الثالثة الابتدائية - أى في سن الثامنة أو التاسعة - بالقاء دروس في علم التاريخ الطبيعي تتركب من مبادئ بسيطة جداً عن أمثلة من « التلقيح النباتى Vegetable fertilisation » وبعض أمثلة بسيطة عن التوالد في مملكتى الاسماك والطيور .

(١) ولقد أحابت وزارة المعارف هذا الطلب وأدخلت ، بعد مطالبتنا لها في سنة ١٩٢٤ ، مبادئ العلوم السابقة الذكر في التعليم الثانوى وهو ما نحمدها عليه .

(٢) ماريا ليشنيفسكا من أحسن المريات للصغار وقد درست طرق التربية التي نصح بها « بازيدوف Basedow » و « روسو Rousseau » و « سالزمان Salzman » و « جان بول Jean Paul » دراسة لأبأس بها . وانصح بمراجعة مقالها البديع عن « تربية الاطفال النسائية » في مجلة . 1905, 137-150, I. Teil, Mutterschutz

(ب) « البروفيسور فيرستر ^(١) Prof. F. W. Förster » نصح بابتداء التعليم التناسلي في سن الثانية عشر أو الثالثة عشر في أكتريه الأحوال . ولكنه لم يبخل على من يكون سنهن أو سنهم أقل من ذلك وتظهر عليهم أعراض الرغبة في الاطلاع على معنى بعض المسائل التناسلية بأن تشرح لهم هذه المسائل بطرق توضيلية بالنسبة لصغر سنهم .

(ج) « الريال شول پروفويسور زيجموند Realschul Prof. Sigmund » نصح بأن لا يبدأ بتعليم الصغار في المدارس الابتدائية أى شىء يتعلق بالتناسليات بل انه يفضل ابتداء هذا التعليم في « المدارس الثانوية Gymnasium » . واننى أعتقد أن هذا الاستاذ النمساوى كان مدفوعا بعوامل نفسية أضعف من العوامل النفسية التى حركت ماريا ليشنيثيسكا التى نصحت بابتداء الدروس التناسلية في سن الثامنة ^(٢) والمؤلف يعتقد انه بالنسبة للحالة العقلية في بلادنا يجب أن نبدأ في مدارسنا الابتدائية باعطاء المعلمين من أناث وذكر بعض المعلومات عن كيفية النمو النباتى

(١) راجع باب « التربية التناسلية Sexual Pedagogic » في كتاب Jugendlehre von F. W. Förster (Berlin, 1906) ، وبمناسبة التعليم التناسلى ينصح المؤلف بمراجعة مجلة « الثمين عن » التلم في موضوعى الجنس والوراثة :

Education in Sex and Heredity, by Henry M. Grant, Jour. of Soc. Hygiene. Vol VIII. Jan. 1922. N.Y.A.

وبه آراء كثير من المعلمين والمعلمات الذين أثبتوا حسن عناية الاستاذ بأخلاق تلاميذه . واللغة الانجليزية مملوءة بأدبيات هذا الفرع من التعليم وهكذا هو حال الأدبيات الأمريكية وغيرها من البلاد المتقدمة ، وتنصح بمراجعة الكتب الآتية مع بساطتها لأنها تعطى القارئ فكرة عن تعليم الاولاد والبنات والطلبة عموماً :—

T.W. Galloway: Biology of Sex. For parents and teachers.

T.W. Galloway: Father and his boy.

B.C. Gruenbarg: High Schools and Sex Education.

M.C. Otto: Moral Education of Youth; pp. 52-67 in "International Journal of Ethics"; Oct. 1921.

(٢) نصح « بلوخ Bloch » في الفصل الخامس « بالتعليم التناسلى » في كتابه Sexualleben بابتداء هذا التعليم في سن العاشرة مع شرح المسائل التى تتعلق بعلم التاريخ الطبيعى وبتوالد الحيوان والنبات . ونحن نكتب دائماً اسم كتاب « بلوخ » باختصار ، ولكن اجابة لسؤال بعض قراء تقريرنا « عن البغاء والأمراض التناسلية بالقطر المصرى » نذكر هنا اسم كتاب بلوخ الكامل Bloch: Das Sexualleben unserer Zeit. Berlin 1909.

والحيوانى بدون أى تلميح لطريقة التناسل . ونبدأ في مدارسنا الثانوية بشرح طرق التوالد النباتى والحيوانى حتى السنة الثانية . ونشرح فيسيولوجيا طرق التوالد الآدمي في السنتين الثالثة والرابعة . والسبب في ذلك هو ضعف عقلية المدارس الابتدائية وسرعة الوصول لسن « البلوغ » في مدارسنا الثانوية .

أما بالنسبة للتعليم التناسلى في مدارسنا العالية فأننى أعتقد - كغيرى ممن درسوا هذه المسألة - ان طلبة المدارس العالية (أى الطالبة بالجامعات) عندهم من المواد الدراسية ما يشغلهم ويشغل وقتهم عن اى علم يكلفون بدراسته لأى نوع من الاصلاح الاخلاقى ، ولذا فان طريقة التعليم التناسلى يجب أن تصبح طريقة اختيارية . وبعد الدرس الطويل والاختبار العميق وصل رجال التربية الى نتيجة واحدة في اكثرية العالم المتمدنين ، وهى ان الباب الذى يجوز للمربي ان يطرقه في المدارس العالية هو باب المحاضرات والنشرات والمؤلفات التى تتعلق بالامراض التناسلية . وبما ان كل الجامعات بها (نواد Clubs) للطلبة فهم يلغون المحاضرات المتعلقة بالأمراض التناسلية في هذه النوادي . وهم يوزعون النشرات والسكتب الخاصة بهذه الأمراض في هذه النوادي . وبما ان مدارسنا العالية (الا بعضها) ليس لها نواد خاصة فأننى اقترح على معالى وزير المعارف المسيطر على هذه المدارس أن ينشئ برنامجاً للمحاضرات الخاصة بالأمراض التناسلية وأن يصدر أمره بتوزيع النشرات والسكتب الخاصة بالأمراض التناسلية على طلبة المدارس الخاصة بوزارته حتى تتم للطلبة الفئدة التى اجمعت بلدان العالم المتمدنين عليها .

رابعاً - الاهتمام بالتعليم الدينى - يعترف المؤلف بأنه لا يمكنه ابداء آرائه تفصيلاً بالنسبة للتعليم الدينى ولكنه يستلف نظر رجال الدين الى نقطة واحدة وهى: أن تعليم الدين يجب أن يوجه - فى عصرنا الحالى - الى الاهتمام « بالآداب الدينية » اكثر من « العقائد الدينية » لأن « آداب الاديان » مجمعة على شىء واحد وهو الفضيلة والعفاف وحسن المعاملة وشرف الضمير وعزة النفس . وكل هذه الصفات تكون « الرجل » . وأما العقائد الدينية فهذه مباحث قد تتعلق فى عصرنا الحالى برجال

التخصص العلمى أكثر منها بأفراد الشعب . (ويسرنى اننى سمعت ان وزير المعارف مهتم جداً بمسألة التعليم الدينى) .

خامساً - انشاء « صندوق المرضى Krankenkasse » للطلبة . يوجد نظام عظيم بديع بالمانيا وهو « صناديق المرضى Krankenkassen » ويشبه نوعاً من النظام فى إنجلترا يخدم الطبقات الفقيرة من الشعب الانجليزى وهو « طريقة أطباء المناطق Doctors' Panel System » . ونظام صناديق المرضى مبنى على نظرية « تعاون الطبقات المختلفة » . فمثلاً يوجد صندوق المرضى للطلبة . وهو عبارة عن أن يدفع كل طالب بالجامعة مبلغاً من المال - لا يزيد عن اثنين جنيه مثلاً - كل عام لهذا الصندوق ، ويتكون من هذا المبلغ قيمة من المال تصرف على من يمرضون من الطلبة طول العام . وما يزيد بعد الصرف على المرضى يحجز كاحتياطى بصندوق المرضى من الطلبة . وحيث اننى عالجت فى مصر عدداً كبيراً من الطلبة وفهمت أن أكثرية الطلبة تضر من قلة المال ، وحيث أن عدداً لا يستهان به من الطلبة يصاب بالأمراض التناسلية ويمنجل من أن يذكر هذه الإصابة لوالديه ويفضل إهمال هذه الأمراض بدون علاج عن أن يفضح سر أصابته لأهله ، فأننى أقترح انشاء « صندوق المرضى Krankenkasse » للطلبة ، وليس على وزارة المعارف إلا أن تضيف جنيهاً واحداً لمصاريف الطالب المدرسية - وفى حالة احتياج الصندوق لمال أكثر من إirاده فتتبرع الوزارة بهذه الزيادة - وتنتخب الوزارة عدداً من الأطباء الاختصاصيين للأمراض التناسلية وتتفق معهم على معالجة طلبة المدارس بواسطة استمارة مختومة من « صندوق المرضى » ويتحاسب الأطباء والوزارة بعد مدد معينة . وإذا رأت الوزارة تعميم منفعة « صندوق المرضى » على باقى فروع الأمراض المختلفة فيمكنها زيادة « الرسم السنوى » والاتفاق مع باقى الاختصاصيين والصيادلة الضرورية ، فيصبح النظام مثل النظام المتبع فى المانيا تقريباً . وهو فى الحقيقة نظام تعاونى بديع ولى مزيد الثقة فى أن الوزارة تهتم بهذا المشروع لأنه من الحيوية بمكان يستدعى اهتمام وزير المعارف به اهتماماً كبيراً .

سادساً - انشاء **مخف** بالقاهرة يحوى نماذج شمعية أو نماذج من الجبس

وصوراً تمثل فتك الامراض التناسلية بالآدميين ويكون هذا المتحف مفتوحاً ليزوره الجمهور مجاناً . ويعطى كل زائر عند دخوله كتيباً صغيراً به وصف هذه النماذج والصور بنمراها المتسلسلة وبه النصائح الطبية اللازمة . ويوجد متحف من الجبس بمدرسة الطب بالقاهرة لا يستفيد منه طلبة الطب فائدة تذكر لأنهم يدرسون العلوم الطبية على الأحياء والموتى وداخل المتحف الباثولوجى . ولا أرى ما يمنع وزارة المعارف من إخراج هذا المتحف للجمهور بعد أن تستحضر من أوروبا وأمريكا مجموعة كبيرة من النماذج الشمعية والصور التى تمثل الامراض التناسلية فتوجد بهذا المتحف استاداً عظيماً لعامة الشعب يعلمه كل مزار الامراض التناسلية^(١) . وإذا كان الكتيب الصغير يحمل الحكومة بعض المصاريف فيمكنها تحصيل اى ثمن بسيط له (مثلاً خمسة مليات) ، ولكن لتجمل الدفول للمتحف مجاناً .

سابعاً - العناية بالاحصائيات التى تتعلق بالأمراض التناسلية وبكل ما له علاقة من العوامل التى تساعد على دراسة حالة تقدم هذه الأمراض أو تناقصها ، وعندى عدة اقتراحات فنية تتعلق بهذه المسألة أترك تفاصيلها الآن ومستعد لتقديمها للجنة التى سأقترح انشاءها فى آخر التقرير . وليتذكر الجميع فى بلادنا من رجال الحكم الى جميع البعثة والمفكرين ان «الاحصائيات هي العمود الفقري للمباحث الاجتماعية» .

ثامناً - انشاء فرع بفنم المطبوعات يسمى « ادارة رقابة المطبوعات الطبية » وينقسم اختصاصه الى قسمين :-

(ا) رقابة الاعلانات التى تتعلق بالأدوية والعقاقير .

(ب) رقابة الاعلانات التى تتعلق بالأطباء .

(ا) أما القسم الذى يراقب الاعلانات الخاصة بالأدوية والعقاقير فيمنح سلطة

(١) وبسرى ان اقول ان الوزارة اجابت هذا الطلب أيضاً وبصورة مكبرة بإنشاء « متحف مؤاد الصحى » وهو ليس قاصراً على الامراض التناسلية بل يشمل معروضات اخرى بديعة وإحدى لطبعت نشرة صغيرة ضد الامراض التناسلية لتوزع على زائرى هذا القسم من المتحف كما ذكرنا .

منع نشر وتوزيع أى اعلان عن أى مجهز أو مركب طبي باغة لا يوافق عليها آخر رأى للعالم العلمى الحديث . ولو اعترض معترض بقوله (ان تجارة العقاقير لا تختلف عن باقى أنواع التجارة ولا تقوم قائمة للتجارة الا بطرق النشر و «الريكلام» الواسع فكيف تمنعوننا من النشر؟) فنقول له « نعم ان التجارة تقوم على النشر والريكلام ويجوز استعمال المدح والثناء فى النشر ولكن اذا وصل المدح الكاذب والثناء الفاحش لدرجة لا يقصد منها الا ابتزاز أموال الشعب فقط بل واىذاء الشعب فى صحته وعافيته فيجوز لرجال السلطة ايقاف هذا النشر والريكلام . اليس من المحجل واليس من العار أن ينشر فى مصر اعلان عن قطرة يسمونها « قطرة اللؤلؤ » يكتب ناشره « تشفى بكل تأكيد - جميع التهابات العين - والجفون الحديثة والمزمنة - الالحمية أو الحبيبات الالحمية - تزيل احمرار العين والجفون والغباشة والنقطة عن العين - تمنع الرمى الصديدى - تستأصل الشعرة بدون سلاح » ويقول فى اعلانه بعدئذ « كان يظن الناس ان الشعرة لا يمكن استئصالها الا بواسطة العمليات الجراحية رغماً عن أن العمليات تشوه منظر العين التى هى نقطة جمال الوجه . ولكن قوة الله فوق كل قوة وعلمه فوق كل علم فقد أراد سبحانه وتعالى أن ينفع عبده بفائدة عظيمة لم تكن تخطر على بال بوسطة عبده ، فقد ساقتنى الصدف لاستعمال علاج امرأة فقيرة كادت الشعرة تعميها . . . فاستعملت لها قطرة اللؤلؤ . . . فجاءت بنتيجة ما كنت أحلم بها وهى أن الشعرة لم تعد تظهر أبداً وأصبحت أعينها آية فى الجمال ولذلك أعانها الآن بكل جرأة خدمة للإنسانية غير مبال بغضب أطباء العيون ولا رضاهم . »

نقلت هذه الألفاظ بالنص من اعلان قذف به فى وجهى يوماً ما وأنا ذاهب فى سيارة لعيادة سيدة مريضة فى منزلها . وعندى الاعلان لهذه اللحظة وعليه اسم ناشرة واسم المطبعة . فهل يوجد نوع من التدجيل والتضليل أكثر مما جاء فى هذا الاعلان ؟ وهل يجوز لرجل غير الأطباء أن يعالج امرأة ؟ وهلا تجد النيابة العمومية فى

مثل هذا الاعلان اعترافاً صريحاً من رجل غير طبيب بتعاطي مهنة الطب ؟ ! وبعد كل هذا هل يجوز لصيدلى أو عطار مثل محمود أو زيد أو بكر أو حبيب نجار أن لا يعبأ في مسألة طبية فنية رمدية بأراء أو بنصيب أو برضاء أطباء العيون عن قطرة من القطرات ؟ ؟ نعم يجوز له لأن مصر هي البلاد الوحيدة التي يجوز للعطارين والمضللين أن لا يهتموا بأراء الفنيين فيها !!

أليس من المحزن والمضحك في نفس الوقت أن ينشر ناشر في مصر انه اكتشف دواء وأعطاه اسم « اتيسيفيليتيك » وهو سائل في زجاجة يتعاطى المريض بالزهرى زجاجتين أو ٣ زجاجات منه فيتم له الشفاء من « التشویش » ؟ الا أن « فورنييه Pournier » و « إيرليش Ehrlich » لو سمعا بذلك لما اقدما على دراسة طويلة متعبة مثل دراستهما . . .

أليس من المعيب أن نقرأ يومياً في جرائدنا أن « المرهم . . . الفلانى » يشفى جميع الأمراض الجلدية !!

أليس مما يجعل الانسان يهقه استهزاءً أن ينشر مخزن أدوية أو عطارة في مصر عن « برشام » يشفى البول السكرى سقواء تاماً ويقول في اعلانه انه لا يوجد دواء ضد البول السكرى الا هذا الدواء مع ان العالم كله يعلم الآن الشئ الكثير عن أعظم اكتشاف طبي في سنة ١٩٢٣ وهو « الانسولين » . . !! الا ان « كنادا Canada » قد ترغب في التفرج على مثل هذا الاعلان المصرى العجيب . . ؟

أن لغة الاعلانات عن الأدوية والعقاقير أصبحت لغة يرى فيها المؤلف سعى من يريدون ابتزاز أموال الشعب باستغلال الشعب . بل ان فيها روحاً من التحقير والسخرية بالأمة مما يستدعى قيام رجال السلطة باتخاذ الاجراءآت الفعالة لايقاف هذه الألفاظ عند حدها ، لأننى أرى في هذه الكتابة صورة بشعة — أرى فيها رجلاً نصاباً ينظر الى مجموعة من الفلاحين وأهل المدن البسطاء ويقول لنفسه ان المصرى منفل يصدق كل شئ فلنأخذ أمواله ببضعة اعلانات . ولو أخذ هذا المال بدون

أيذاء صحة المصرى البسيط لعذرناه كزملانه المسيطرين على بورصة القطن المصرى
ولكنه يعتدى على صحة البلاد العمومية ولذا يجب إيقافه عند حده بواسطة « إدارة
رقابة المطبوعات الطبية » .

(ب) رقابة الاعلانات التى تتعلق بالأطباء : — ينجلى ان أطلب تقييد حرية
الطبيب فى أى عمل يعمل ، ولكن الحالة الأديسة فى مهنة الطب فى مصر أصبحت
تخجل وتشين لدرجة تجعل الانسان يضحى فى سبيل اصلاحها كل شىء حتى جزءا
من الحرية الشخصية ... لا تقع عين الانسان على جريدة أو مجلة أو رواية أدبية أو
ساقطة الا وتبهر نظره اعلانات الأطباء :

« لغة الاعلانات » : — الطبيب فلان — المتخرج من جامعات لندره وباريس
وبرلين وسويسرا وينا والمساعد للبروفيسور . ورئيس العيادات الخارجية ... !!
اختصاصى فى أمراض كذا وكذا وكذا ، يعالج بأحسن الطرق وأحدث الأدوات
وبالكهرباء وبالأشعة الخضراء والصفراء والذرقاء « والأشعة التى ليس لها لون »
ويشفى أضخم البواسير الدامية بدون سلاح ، ويعالج السيلان فى ٣ الى ٥ أيام ، ويشفى
العمى ، ويولد النساء بدون أى خطر ، وله طرق خاصة استحدثها ... !!! أو يكتب
عن نفسه معززا عيادته " Meubles de luxe, installation electrique moderne !!!"
أو يقذف الجمهور بوابل من جمل المدح والثناء من رجل لا وجود له أو هو مخلوق
موجود كعدمه يزعم القارىء بنحبر شفاء حضرته على يد الطبيب فلان بأسهل
الطرق بعد أن قضى ٥٥ سنة مريضاً وتقلب على عيادات الأطباء بدون الحصول على
فائدة فهو يدعو لهذا الطبيب الذى عاجله ونجح فى علاجه وينصح المرضى أمثاله
« المغفلين » بزيارة هذا الطبيب ويدعو لمنقذه ... ! بطول البقاء — (ملحوظة :
يدفع حضرة الطبيب أجرة نشر هذا المدح الكاذب) .

ويكتب بعضهم زيادة عما تقدم « وقد مضى الدكتور فلان أكثر من
عشرين عاماً فى مصر يعالج فيها مرضاه بذمة ... ! وأمانة ... !!! » . وقد رأيت
اعلانات لواحد من هؤلاء تستغرق نصف نهر (عامود) أو ثلاثة أرباع عامود فى عموم

الجرائد اليومية العربية والأجنبية لمدة تزيد عن أربع أو خمس سنوات . وهل يليق بطبيب، ينشر اعلانياً عن نفسه ويوزعه بواسطة « الأولاد جامعي أعقاب السجائر ومساحي الأحذية » ويكتب فيه « الاستاذ الدكتور فلان » اختصاصي في الأمراض العصبية من إنجلترا وفرنسا وألمانيا - وفي آخر اعلانه يكتب بدون خجل أو حياء - اطلبوا دهان الدكتور فلان . . . دهان صحي للتقوية وإطالة المدة !!! ثمه ١٠ قروش صاغ .

وفي اعلان آخر وزعه هذا الطبيب (واخجل من تسميته طبيباً) جاء الآتي بالنص : « الحبوب التناسلية - للدكتور فلان بالجهة الفلانية كثير من النساء المصابين بأمراض عدم الحمل وخلافها يعشن بالأمراض ولا يقبلن فحصهن بواسطة طبيب لذلك قد بحثت وتوصلت الى ايجاد تركيب هذه الحبوب لمعالجة جميع أمراض النساء وخصوصاً عدم الحمل والالتهابات وعدم انتظام العادة وانقطاعها والضعف والوجع والرطوبة وقد جربت هذه الحبوب في أوروبا فنجحت ونلت الجائزة الأولى وباستعمال علبة واحدة تكفي أن تجعل المرأة العاقر ان تحمل بعد شهرين من استعماله ~~مهما~~ كانت الاسباب وتفيد للمرأة التي يحصل عندها دائماً (سقط) قبل ٩ أشهر . . . العلبة ١٠٠ غرش صاغ وتطلب من العيادة وترسل بالبوستة . وقد صادقت على فوائدها وزارات الصحة النمساوية والألمانية « ؟؟؟؟؟؟

« مدة نشر الاعلانات » لانهاية في مصر لهذه المدة لانها تستمر طول حياة الطبيب وتنتهي عند رحيله من البلاد ، أو (بعد عمر طويل) بعد وفاته .

فهل تليق هذه اللغة وهذه المدة بالاطباء ؟ نعم قد يقول بعضهم أن الطبيب كغيره من الناس قد يحتاج لنشر اعلان لغرض خاص فكيف تمنعوه من ان ينشر اعلانياً ؟ فنرد على هؤلاء بقولنا « نعم انه يجوز للطبيب نشر اعلانياً في ظروف مخصوصة وهي : - اولاً - عند ابتداء عمله في بلد لم يكن فيها . ولكن يجب أن لا يزيد الزمن اللازم لنشر الاعلان عن شهر أو شهرين مثلاً . ثانياً - عند تقل عيادته ، ولا يجوز له حينئذ أن ينشر عن محل عيادته أكثر من ٣٠ الى ٤٠ نشرة مثلاً . ثالثاً - عند

تغيير مواعيد عيادته ، ولا يجوز له أن ينشر عن ذلك لمدة تزيد اسبوعين او ٣ اسابيع
رابعاً - عند قيامه لسفر وعند رجوعه . ولا يجوز له أن ينشر عن ذلك اكثر من ٣ الى
٦ مرات مثلاً^(١) خامساً - عند وفاته فيكتب عنه اهله مرة واحدة !! . ولكنني
عرفت اطباء ينشرون من شهر مارس الى شهر مايو انهم سيقومون لاوروبا ويذكرون .
نبوغ علمهم وبديع طرقهم في اعلاناتهم ، ويبدأون من شهر يونيه الى اغسطس بنشر
« انهم في اوروبا يزورون المعاهد والمستشفيات للاطلاع على كل جديد في العلم » ،
ويبدأون من شهر سبتمبر الى يونيه الذي يليه بنشر « انهم عادوا من اوروبا بعد أن
حملوا معهم اسرار العلوم وكنوز الطب لخدمة مصر والمصريين . . . » .

وقد لاحظت أن عدداً كبيراً من الاطباء الذين يعانون الاشتغال بالامراض
الزهرية والجلدية يعانون عن انفسهم بلغة قد نجيز وصفها بأنها لغة معيبة وهذا ما يبرر
وجود مثل هذا الاقتراح . ولو انني اعتقد أن الدافع الحقيقي اطلب هذه الرقابة هو
الفوضى الفظيعة في الاعلانات الطبية عموماً ، لأنني اعرف - كما يعرف القارئ الكريم
- أن اكابر الاطباء يرفعون عن مثل هذه الاعلانات المشينة . واما هذه الطبقة من
الاطباء التي ترصع جيد الجرائد باسمائها التي تدرج داخل اعلانات مأجورة ، لغتها
ساقطة وكذب صراح ، فأنها لا يليق اعتبارها ادبياً كطبقة من الاطباء بل انها مجموعة
من المسترزقة في بلاد ليس بها - لسوء الحظ - أي هيئة تقى الاطباء والطب والمرضى
شر هذه الحيوانات الطفيلية التي تتغذى من دماء كرامة المهنة وصحة المرضى بواسطة
استغلال المرضى من شعب لم ينتشر التعاليم بعد في طبقاته . فامام هذه الفوضى وما ينتج
عنها من الاضرار بصحة الشعب ليس على الحكومة الا أن تستعين بقلم المطبوعات
وتنشئ « ادارة رقابة المطبوعات الطبية » وتضع لها من اللوائح والانظمة ما تراه صالحاً .

(١) لا أقصد بتعدد الزمن اللازم او عدد النشرات انني أضع نفسي حكماً يحدو
قانوناً للأطباء بل انني أرغب في اعطاء القارئ فكرة بسيطة عما يجوز ادبياً للأطباء اتباعه في
اعلاناتهم بحيث لا يلحق المهنة من هذه الاعلانات ومدة نشرها ما يشينها هي وافرادها معاً .

تاسعاً - منع^(١) الصيادلة والمطارين والدجالين من تقديم العلاج أو تجهيز أدوية أو عقاقير من عندياتهم بدون « تذكرة طبيب Prescription » . وبمجرد وضع عقوبة شديدة لمن يخالف هذا المنع مع إيجاد نظام للتفتيش والرقابة الحقيقية يكون كافياً لحد محدود لا يقف هذه الطبقات عند حدها .

عاشراً - تشكيل « لجنة ملكية » لدراسة حالة الأمراض التناسلية بالقطر المصري وكل ما يمكن اتباعه من الطرق الرسمية لمحاربتها . ويجب أن تضم هذه اللجنة لأعضائها من ترى نفسها في حاجة لعلمه وخبرته بهذه الدراسة من غير موظفي الحكومة . ومن واجبات الحكومة أن تنفذ ما تنصح بعمله هذه اللجنة .

هادى عشر - إنشاء « جمعية لمقاومة الأمراض التناسلية بالقطر المصري » ، ولا أقصد أن أقول أن الحكومة تنشئ مثل هذه الجمعية بل أن هذا واجب الاهالى، ولا تنجح مثل هذه الجمعية إلا بمجهودات أفراد الشعب . ولكننى أقصد أن استألفت

(١) وهذا ما نصت به اللجنة الملكية البريطانية . راجع Report of the Royal Medical Commission . وأرى من المناسب هنا أن أذكر ملخص الاجراءات الرسمية التي تتبع في الولايات المتحدة لمقاومة الامراض التناسلية : —
(أ) التبليغ عن حالات الامراض التناسلية وتقييدها بطريقة سرية .

(ب) عزل ومعالجة المصابين بالامراض التناسلية في مستشفيات خاصة بحيث يكون هؤلاء عاجزين أو غير راغبين في معالجة انفسهم حتى يصبحوا غير خطرين على مجموع الأمة مع اتخاذ كل الاجراءات الممكنة لمحو البلاء .

(ج) تسهيل طرق التشخيص والعلاج للجميع

(د) منع الصيادلة والمطارين من تقديم « وصفات طبية » من عندياتهم

« Prohibition of prescribing by druggists »

(هـ) المقاومة بطريقة نشر التعليم الكافي عن هذه الأمراض بكل الطرق الممكنة مع توجيه عناية خاصة اتفهم الشعب طبيعة هذه الامراض وطرق العدوى بها وطرق الوقاية منها .

Reports of Public Health Service, U.S.A.

وكنتم آتمنى ان تكون حالتنا هنا مساعدة على اقتراح انشاء « نظام التبليغ Notification » ونسكنى اعتقده انه لا يمكننا الآن ان ننشئ هذا النظام ولو اننى آتمنى اننا قد نتكمن في المستقبل بتريب من ان نوجد هذا النظام كما هي الحال في نروج والدانديرك وبعض ولايات امريكا .

نظر الحكومة الى أمر واحد وهو انه عند وجود جمعية بهذا الشكل فواجب الحكومة الأدبي هو أن تمد هذه الجمعية بكل مساعدة لازمة خصوصاً فيما يتعلق بتسهيل الحصول على « أى احصائيات رسمية » موجودة أو تقترح الجمعية إيجادها بمساعدة أى مصلحة من المصالح الاميرية ، ولا بأس من مساعدة الجمعية مادياً .

ولا تقف الاحصائيات التى تجمعها مثل هذه الجمعية عند حد الاحصائيات الرسمية بل انها يمكنها عمل احصائيات مختلفة . فمثلاً يجهز المؤلف الآن احصائية عن ٢٠٠٠ شخصاً بينهم الطالب والموظف والمحامى والمهندس والاعيان والعمال وغيرهم . وطريقته هى انه وزع مجموعة من الأسئلة على سامعى « محاضراته عن الأمراض التناسلية » وطلب منهم الاجابة عن هذه الاسئلة وارسل اجابتهم بالبوستة اليه . وتركب هذه الأسئلة من « ماهو عمر الشخص ؟ ووظيفته ؟ وهل هو أعزب أم متزوج ؟ وعدة أسئلة تتعلق بحياته التناسلية وعاداته وميله للمطالعة . . . الخ . . . » وعندما يتم المؤلف دراسة هذه الاجوبة سينشر ماخصاً عن احصائيته . ويمكن تعميم هذه الطريقة بأشكال مختلفة وفى أوساط الامة جميعها بمجهود هذه الجمعية . لأن الحصول على احصائيات مختلفة هو أول واسطة تستخدم لتقرير مايمكن اتبائه لاصلاح أى عيب من العيوب الاجتماعية .

ثانى عشر - أن تنتدب الحكومة المصرية هيئة تمثلها فى أول مؤتمر دولى سيعقد لمقاومة الامراض التناسلية .

هذا هو ما اعتقد امكان تنفيذه من الاقتراحات التى يمكننى أن اقترحها الآن لمقاومة الأمراض التناسلية تاركاً غيرها لتطور تلك الحركة المباركة لمحاربة البغاء وهذه الامراض ، ولى كبير الأمل فى أن تسمع حكومتنا الجليلة صوت أحد أبنائها وتجبب هذه المطالب .

(٢) طرق الوقاية الشخصية والطبية

نأمل أن نكون جثنا فى كل الصحائف السابقة على بعض ما فيه الكفاية لردع الشباب

والشبان عن ارتكاب الموبقات واننا على ثقة من أن الشاب الذي يقرأ ما كتبنا بامعان ويسمح بتسليط رأسه المفكرة على رغائبه الشهوانية وأمياله الحيوانية يقدر بكل سهولة على وقاية نفسه من التعرض للذيلة والاعتصام بالهفاف . ولكننا نذكر هنا طرق الوقاية الطيبة لا لنقدم سلاحاً لفاسدى الأخلاق ينزلون به معركة الفساد باطمئنان بل مساعدة للبلاد على التخلص من شر انتشار الأمراض التناسلية فيها وحفظاً لصحة الشباب من الضياع والتدهور من اصابة واحدة تصيبها فى ساعة طيش أو لسقطة قد يعقبها اعتلال تام . وتتركب طرق الوقاية الطيبة من : -

- (١) انتخاب الشخص المقصود الجماع معه انتخاباً جيداً .
- (٢) فحصه بكل الطرق التى يمكن أن تتوفر للانسان فى مثل هذه الظروف .
- (٣) عمل الاجراءآت الطبية الممكنة .
- (٤) استشارة الطبيب عند ملاحظة أى شىء غير عادى بعد الجماع حالا أو بعد يوم من الجماع .

(١) انتخاب الشخص : لا نقصد هنا الجمال والقوام لأن هذا يتعلق بأمزجة أصحاب الشأن . ولكننا نقصد انتخاب واحدة لها بعض المظاهر التى قد تشهد لها سطحيًا بأنها من وسط يهتم بصحته ولو قليلا . وبطبيعة الحال تلاحظ نفاقتها الشخصية لا من شكل الملابس الخارجية بل من عاداتها فى أكلها وجلسها ، وإذا أمكن الاطلاع على الملابس الداخلية فانها تعطى الشاب فكرة عن عاداتها الشخصية ونفاقتها الحقيقية ، وغنى عن البيان أن نذكر ان حالة المرأة المالية تساعدنا إن كانت جيدة على العناية بنفاقتها وصحتها ومعالجة نفسها ، ولذا فان النساء اللواتى يكتسبن ايراداً حسناً يفضان على غيرهن ولو ان كثيرات ايضاً بين هذه الطبقة يكن مصابات أمراض مختلفة . وعلى العموم فاننا نقصد « بانتخاب المرأة » أن لا يندفع الشاب وراء كل شىء يراه ويصادفه .

(٢) فحص المرأة : يا حبذا لو تمكن كل شخص من الكشف طبياً على من يريد ان يجامعه . ولكن بما ان هذا مطلب متعذر بل مستحيل فى أحوال كثيرة فلا بأس من أن يقوم كل شخص بالكشف خدمة لمصلحته شخصياً . ولا نقصد « بالكشف »

شيئا كثيراً بل ان كان كل شاب يجب ان ينتبه لملاحظة « كل شيء غير عادى أو غير طبيعى فى شكاه يكون ظاهراً على المرأة » فمثلاً اذا رأى رجل قرحة مهما كانت صغيرة على الشفتين أو تقرحاً بسيطاً باللسان أو أى شيء غير عادى على سطح الجسم كله أو تسليخاً بسيطاً على الفرج فان هذا يكون كافياً لأى شخص غير رجال الطب ليمتنع امتناعاً باتاً عن المرأة . لأنه لا يدرى ان كان هذا تقرحاً زهرياً أو غير زهري .

وننبه القارىء الى علامة من أحسن العلامات وهى وجود آثار (إبرة الحقنة) على الزراعين عند السطح الداخلى للمرفق أو وجودها على الإليتين إذ أن هذا دليل على ان المرأة تعالج بالزرنىخ فى وريدها أو بالزئبق لوجود الزهري عندها . واذا لاحظ الرجل أى خشونة فى صوت المرأة غير عادية فليمتنع ايضاً عن القرب منها أو تقييلها لأنها قد تكون مصابة بالزهري وهذه الخشونة قد تكون ناتجة عن التهاب زهري حاد أو مزمن فى حنجرتها ، نعم قد تكون هذه الخشونة ناتجة عن التدخين الكثير وشرب الخمر وهو ما اعتادت عليه النسوة أو نتيجة (برد) بسيط أو غيره ولكن من يدرى زائرها انه ليس ناتجاً عن الزهري ؟ وأما اذا أراد الرجل التحقيق من ان المرأة مصابة بالسيلان فإنه يمكنه فحص الملابس الداخلية واهما السروال أى (اللباس) فىرى عليه بقعاً صديدية ، وأحياناً يرى افرازات صفراء خضراء على (اللباس) وتكون جافة عادة . ولكن النساء - خصوصاً الماهرات - اعتدن على خلع ملابسهن الداخلية (خصوصاً اللباس) فى غرفة أخرى من غرفهن قبل الجلوس مع ضيفهن الجديد وخلع ملابسهن « رسمياً » أمامه . وأما العضو التناسلى للمرأة فيكون عليه بعض الافرازات الصديدية السيلانية فى اكثر الحالات . ولكن الماهرات (وبعض الممثلات والراقصات الأجنبية فى مصر) تعودن على الاغتسال جيداً قبل عرض أنفسهن « على المكشوف » لزبائنهن . ومما تقدم يرى القارىء بسهولة تعذر الكشف جيداً على المرأة العادية ، فما بالك بتلك التى تغازل وتخطب بأدب وذوق رقيق ولا تمكن مفاتيحها فى مثل مسائل مرضها لان شروط الرقة والكياسة والتعدين (جالانترى) لا تسمح بمثل هذه الخشونة - خشونة الشك فى نظافتها وهى « مدموزيل فلانه الراقصة

المشهورة « - وعلى ذلك فلا يمكن الاعتماد على هذا الكشف الا قليلا ويجب الالتجاء الى : -

(٣) عمل الاجراءات الطبية الممكنة : وأهم هذه هو استعمال « الغطاء الكاوتشوك أو ميسونه (الكاپوت) أى (پريرفاتيف) وهو كيس صغير من الكاوتشوك يغطى به كل القضيب حتى لا يتعرض القضيب وهو داخل العضو التناسلى لأى عدوى، وبعد الجماع يخرج الرجل من على قضيبه باحتياط حتى لا يلوث سطح (الكاپوت) المتسخ سطح القضيب الذى لم يلمس شيئاً . وتوجد أنواع كثيرة من هذا (الكاپوت) فى السوق . وأغلاها ثمنًا هو أمتها . ولكن كثيرين من الرجال لا يجدون لذة قط عند استعمال (الكاپوت) وأحيانًا ترفض المرأة استعماله . ولذا نرانا مضطرين لوصف الطرق الطبية المباشرة ، وأحسن طريقة فى اعتقاد المؤلف للوقاية من الزهري هى التى شرحناها فى صفحات ٢٢٦ الى ٢٢٨ فليراجعها القارى . وأما للوقاية من السيلان فبعد الجماع يبول الرجل ويغتسل جيداً بالماء الساخن والصابون ثم يحقن مقدار سنتى متر مكعب أو اثنين من محلول (پروتارجول) ١٠ جرام فى ١٠٠ جرام ماء مقطر) فى مجرى البول بمحقنة السيلان الصغيرة . ويمكن استعمال أى محلول قوى من أملاح الفضة العضوية الأخرى ، وننصح بعدم استعمال محلول نترات فضة فى الوقاية من السيلان لان هذا المحلول يفتك حقيقة بالميكروبات ولكنه يفتك أيضاً بسطح مجرى البول المخاطى الدقيق . وينبه الطبيب من يستعملون طرق الوقاية المذكورة الى أنه ربما يحصل عندهم التهاب كىاوى بسيط فى مجرى البول ، وقد تظهر عندهم ثانى يوم لعمل الوقاية بعض افرازات من فتحة القضيب الامامية . ولكن هذا الالتهاب ينتهى بسهولة وبدون علاج بعد يوم أو يومين .

وتوجد فى السوق « أدوية مجهزة » للوقاية تحت الاسماء الآتية :-

(ساماريتير) (١) و (فيرو) (٢) و (پروفيلاكترول) (٣) و (تاليزمان) (٤)

وكلاهما محاليل تحوى مركبات بها ٢٠ فى المائة من البروتارجول، وتوجد شموع (بوجيز) يمكن ادخالها فى مجرى البول بعد الجماع لوقايتها من السيلان وتباع فى السوق تحت تحت الاسماء الآتية (كافيلين شوتس ميتيل)^(١) و (ديليجون)^(٢) و (نارجول بوجيز)^(٣). وطريقة ادخال هذه الشموع بسيطة وسهلة وترى مكتوبة على كل علبة . وقصاري القول فان طريقة الوقاية التى ينصح بها المؤلف وقد أثبت اختبارها المتوالى أنها أفضل طريقة هى كالآتى :- يدهن الرجل بالمرهم تركيب المؤلف (انظر صفحة ٢٢٦) قبل الجماع . وبعد الجماع يبول الرجل، ثم يغتسل بالماء الساخن والصابون ثم يحقن مقدار سنتى متر مكعب من محلول (بروتارجول ١٠ فى المائة) ثم يدخل فى مجرى البول شمة من الشموع المذكورة آنفاً ثم يدهن القضيب وكل جزء يكون لمس المرأة فى أى نقطة يخشى من وصول العدوى منها للرجل بالمرهم تركيب المؤلف .

وفى حالة عدم وجود استعداد كاف عند الرجل للقيام بهذه الطريقة فأحسن ما يعمل له لوقاية نفسه هو أن يبول بعد الجماع ويغتسل جيداً بالماء الساخن والصابون ثم يغتسل بمحلول (پرمنجنات البوتاسا ١ فى ١٠٠٠) وأكثر النساء البغايا عندهن مثل هذا المحلول .

واذا وجدت يوماً ما عيادات ليلية بمصر بالقرب من أحياء المومسات فيجب على كل شاب أن يزور هذه العيادات عقب الجماع لتعمل له الوقاية اللازمة . هذه هى طرق الوقاية الطبية ذكرناها تفصيلاً ونكرر أننا لم نذكرها تشجيعاً على ارتكاب المحرمات بل خدمة لصحة البلاد ووقاية لها من انتشار الأمراض . وإيفهم القارئ أن نجاح الوقاية ضد الزهري باستعمال هذه الطرق أضمن جداً من نجاحها ضد السيلان . ونذكر الشاب والشابة مرة أخرى بالوقاية من الزهري الواردة فى صفحات ٢٢٦ و ٢٢٧ و ٢٢٨ من هذا الكتاب .

(١) Cavibleneschutzmittel به ٥ فى المائة من البروتارجول . تركيب « Bruck »

(٢) Delegon به ٢ فى المائة من البروتارجول ، تركيب « Hofmann »

(٣) « Nargol Bougies » به ١ فى المائة ويوجد نوع به ٢ فى المائة تترات الفضة ، تركيب

« Parke, Davies. & Co. »

(٤) استشارة الطبيب : لتتجنب الوقاية: يجب استشارة الطبيب اذا لاحظ

الرجل (حرقاناً) أو (ألمًا) أو (طفحًا جلديًا) أو (افرازات تخرج من القضيب)
اول أو ثانى أو ثالث يوم بعد الجماع . نعم ان هذا ليس طريقًا مباشرًا من طرق
الوقاية بل انه قد يكون من طرق العلاج ، ولكن يمكننا أن نسيه وقاية من تقدم
المرض عند من يصاب به لأن الطبيب اذا ابتدأ علاج أى مرض ظهر حديثًا فان
الشفاء يكون عاجلا وسريعا والنجاح مؤكد .

هذه هى طرق الوقاية للأعضاء التناسلية ، ولكن ماهى طريقة وقاية باقى أجزاء
الجسم التى تتعرض كثيراً للعدوى ؟ فمثلا كيف تتقى العدوى التى تصيب الشفتين
من القبلات المتوالية ؟ اننى لا أعرف طريقة مفيدة محققة لانع هذه العدوى سوى
الخضوع للعلاج المذكور فى صفحتى ٢٢٧-٢٢٨ ولذا فان أفضل شىء هو الامتناع التام
عن التقبيل . وكيف تتقى العدوى التى تصيب الصدر من وجود تقرحات صغيرة على صدر
المرأة أو تصيب أى بقعة من قبلات المرأة المتوالية لأجزاء جسم الشاب الذى يجامعها؟
ألا أنه لا توجد أى طريقة غير الامتناع عن تقبيل المرأة ومنعها عن التقبيل . ولكن
بحق القارىء الكريم أن يخبرنا « ماهى اللذة من مثل هذا الجماع الذى تصحبه كل
هذه القيود ؟ » ... !

خير لكل شاب أن يقول « ربى اهدنى العفاف وعزة النفس والترفع عن
الدنيا بلطفك وكرمك » .

مجموعة صغيرة كئال لوضع الاصطلاحات الاجنبية بالعربية

الاصطلاحات العربية	الاصطلاحات الاجنبية بالعربية	الاصطلاحات الاجنبية بلغتها
آثار البكارة	كار انكيولى ميرتيفورميس	Carunculae Myrtiformis
ارتشاح	اينفيلتريشن	Infiltration
ارتشاح بولى	يورينارى اينفيلتريشن	Urinary infiltration
استمناء (جلد عميره)	ماستيريشن	Masturbation
اعراض مندره	پرودرومال سيمپتومز	Prodromal Symptoms
اعمال منعكسة	ريفليكس اكشن	Reflex Action
آفة الجرب	ساركوبتيس هومينيس	Sarcopes Hominis
افراز شحمى على الحشفة	سميجما	Smeema
اكزيما الشفتين	اكزيما اوريس	Eczema Oris
اكته جذرية	اكنى فاربوليفورميس	Acne Varioliformis
التهاب البرنج	ايبيديديميتيس	Epydidimitis
التهاب الجلد المتقشر	ديرماتيتيس ايكسفولياتيفا	Dermatitis Exfoliativa
التهاب الحشفة	بالانيتيس	Balanitis
التهاب الحويصلات المنوية	سپرماتوسيستيتيس	Spermatocystitis
التهاب السلامية الزهرى	فالانجيتيس سيفيليتيكا	Phalangitis Syphilitica
الوراثى	كونجينيتاليس	Congenitalis
التهاب المثانة	سيستيتيس	Cystitis
التهاب بلحى زهرى وراثى	داكتيليتيس سيفيليتيكا كونجينيتاليس	Dactylitis Syphilitica Congenitalis
التهاب غددى ليمفاوى	ليمفادينيتيس	Lymphadenitis
التهاب مجرى البول البسيط	سيمپل يوريثريتيس	Simple Urethritis
التهاب مفصلى سيلانى	جونورىال ارثريتيس	Gonorrheal Arthritis
الجهة الشادة	ايكستينسوسايد	Extensor side

الاصطلاحات العربية	الاصطلاحات الاجنبية بالعربية	الاصطلاحات الاجنبية بالفتح
الجهة القابضة	فليكسور سيد	Flexor side
الحفرة الزورقية	فوسسا ناڤيكولاريس	Fossa Navicularis
الصفن	سكروتم	Scrotum
العضلة القابضة	كومپريسور يورثرى	Compressor Urethrae
أنبوبة زرع الميكروبات	كلتشر تيوب	Culture tube
أنجريه محمره	اورتيكاريا ايفلورسينز	Urticaria efflorescens
انحباس فى البول	ريتنيشيويورينى	Retentio Urinae
انزال المنى ببطء	ايجاكويو لاشيو تاردا	Ejaculatio Tarda
انزال المنى بسرعة	ايجاكويو لاشيو پريكوكس	Ejaculatio praecox
ايديو سينكراسى	ايديو سينكراسى	Idiosyncrasy
اينترامين	اينترامين	Intramine
اينيسول	اينيسول	Enesol
بثره	پوستيول	Pustule
بظر	كليتوريس	Clitoris
بقع بيضاء صدفية	ليوكوديرما پسورياتيكوم	Leucoderma Psoriaticum
بول دهموى	هيموجلوبينوريا	Haemoglobinuria
تاج الحشفة	كوروناجلانديس	Corona Glandis
تآكل	ايروزن	Erosion
تصاب	اينديوريش	Induration
تسلسل البول	اينكونتيننس	Incontinence
تقرح	السيريشن	Ulceration
تولد	پرو ليفيريشن	Proliferation
جماع أو نكاح	كويتنس	Coitus
جيبب نمجرى البول	لاكويونى	Lacunae

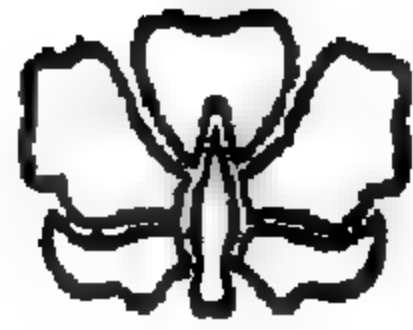
الاصطلاحات العربية	الاصطلاحات الاجنبية بالعربية	الاصطلاحات الاجنبية بلغتها
حبل منوى	سپرماتيك كورد	Spermatic cord
حزاز خنازبرى	لېشين سكروفيولوزوم	Lichen scrofulosum
حزاز زهرى اى زهرى (الحلمات الصغيرة)	لېشين سيفيليتيكوس	Lichen Syphiliticus
حزاز ياقوتى	لېشين روبر	Lichen Ruber
حزاز ياقوتى واضح	لېشين روبر پلانص	Lichen ruber planus
حلمات	پاپيلا	Papilla
حليمه	پاپول	Papulo
حليمى لطحى	پاپولو ماكيولار	Papulo macular
حمراء زهرية	روپاسيفاليتيكا	Rupia syphilitica
حيض	منسترويشن	Menstruation
خارج الداحس الزهرى	پارونيكياسيفيليتيكا	Paronychia syphilitica
خلايا مخاطية	اپيثيريال سيلز	Epithelial cells
داحس زهرى	اونيكيا سيفيليتيكا	Onychia syphilitica
داحس زهرى جاف	اونيكيا سيكا سيفيليتيكا	Onychia sicca syphilitica
دور الحضانة	اينكيوبيشن	Incubation
رباط پوپارت	پوپارتس ليجامنت	Poupart's ligament
رجوع للظهور	ريكارنس	Recurrence
زهرى البقع البيضاء	ليوكوديرما - سيفيليتيكا	Leucoderma syphilitica
زهرى الحلمات الصغيرة	ميلياري پاپولار سيفيليس	Miliary papular syphilis
زهرى الحلمات الكبيرة	لېنتيكيولو پاپولار سيفيليس	Lenticulo-papular syphilis
زهرى القنابل	بومبين سيفيليد	Bomben syphilid
زهرى توتى	فرامبيوزيفورم سيفيليس	Frambiosiform syphilis

الاصطلاحات العربية	الاصطلاحات الأجنبية بالعربية	الاصطلاحات الأجنبية باغتها
زهري خبيث	سيفيليس مالبجنا	Syphilis maligna
زهري خبيث كاذب	سيفيليس كوريمبوزا	Syphilis corymbosa
زهري وراثي	كونجينيتال سيفيليس	Congenital syphilis
زهري شانكرية	سيفيلوم شانكر يفورم	Syphilome chancriforme
زيلبر سالفارسان	زيلبر سالفارسان	Silbersalvarsan
سالفارسان (٦٠٦)	سالفارسان (٦٠٦)	Salvarsan (606)
سكر في البول	جليكوزوريا	Glycosuria
سمحاق	پيريوستيوم	Periosteum
سنط تناسلي	فئير يال وارنس	Veneral warts
سيلان منوي	سپيرماتوريا	Spermaturia
شانكر بثرى	ايكثيماتص شانكر	Ecthematous chancre
شانكر غير تناسلي	ايكسترا جينيتال شانكر	Extra-genital chancre
شانكر مجرى البول	يوثيرال شانكر	Urethral chancre
صلع المنطقة	ألوبيشيا أريانا	Alopecia areata
صماخ القضيب	انثيريور ميتس	Anterior meatus
صمغية جلدية عميقة	صبكيوتينيخ جما	Subcutaneous gumma
ضيق التنفس الزهري	انجينا سيفيلينيكا	Angina syphilitica
ضيق بمجرى البول	ستريكتشر	Stricture
طبقة قرنية	ستراتم كورنيوم	Stratum corneum
طريقة (أونا - پاپينهم)	(أونا - پاپينهم) ميثود	Unna-Papenheim method
طفح عقدي	تيوبيرص ايرپشن	Tuberous eruption
طفح مبعثر	ديسيميديد ايرپشن	Disseminated eruption
طفح ماتحم	كونفلوينت ايرپشن	Confluent eruption

الاصطلاحات العربية	الاصطلاحات الأجنبية بالعربية	الاصطلاحات الأجنبية بلغتها
ظهور الطفح الزهري بشكل متعدد	سيفيليتيك بوليمورفيزم	Syphilitic polymorphism
عقد الهة الحب أو الجمال	كوليه دي فينيس	Collier de Venus
علاج اجهاضي	ابورتيف تريتمنت	Abortive treatment
علاج بالتحليل الكيماوي	ايليكترو ليسييس تريتمنت	Electrolysis treatment
غشاء القلب الخارجي	پيريكارديوم	Pericardium
غشاء مبطن للقلب	ايندو كارديوم	Endocardium
غليصة	يوفيولا	Uvula
فقاع زهري	پمفيجوس سيفيليتيكوس	Pemphigus syphiliticus
فقاع	فيزيكلز	Vesicles
قرحة رخوة جراحية	اولسيرا فوليكولاريا	Ulcers follicularia
قناة اربية	اينجوينال كانال	Inguinal canal
قوبا صفراء زهرية	ايمپيتيجو سيفيليتيكا	Impetigo syphilitica
قيد القضيب	فريئم	Frenum
كريات ذات نواة واحدة	مونونيوكليارز	Mononuclears
كيس رافع	سوسپنسور يوم	Suspensorium
لطخة	ماكيول	Macule
لطم قرنية مزمنة	ليوكو بلاكيا	Leucoplakia
لطة عسكرية	سولجيرز پاتش	Soldier's patch
مجرى البول	يوريثرا	Urethra
محفور تحتها	انديرميند	Undermined
مرض الحكة	پروريجو	Prurigo
مرض الذئب البسيط	لوپوس فالجاريس	Lupus Vulgaris
مرض الفكرة الخطأ	پارانويا	Paranoia

الاصطلاحات العربية	الاصطلاحات الاجنبية والعربية	الاصطلاحات الاجنبية باقتها
مرطبة البروستاتا	بروستاتا كيله	Prostata Kühle
مصل متناقض	پارادوكس سيروم	Paradox serum
مقياس مجرى البول	يوريثروميتر	Urethrometer
منظار المثانة	سيستوسكوب	Cystoscope
منظار المهبل	فاجينوسكوب	Vaginoscope
منظار مجرى البول	يوريثروسكوب	Urethroscope
{ ميكروب الزهري (سبيروشيتا پاليدا)	سپيروشيتا پاليدا	Spirochaeta pallida
{ ميكروب السيلان (جونوكوك)	جونوكوكس	Gonococcus
نسيج ليفي	فبرس تيشو	Fibrous tissue
نسيج موصل أو نسيج خلوي	كونيكتيف تيشو	Connective tissue
نقطة عسكرية	جوت ميليتير	Gout militaire
نيوراستينيا تناسلية	سيكسيوال نورارستينيا	Sexual neurasthenia
نيوسالفارسان (٩١٤)	نيوسالفارسان (٩١٤)	Neosalvarsan (٩١٤)
هزال النخاع الشوكي	تابيس دورساليس	Tabes dorsalis
هيدارچيروم اتوكسيليكوم	هيدرارچيروم اتوكسيليكوم	Hydrargyrum atxylicum
{ هيدرار جيري تيمولو استيكي	{ هيدرار جيري تيمولو استيكي	Hydrargyri-themolo- Aceteci
هيرپس تناسلي	هيرپس چينيتاليس	Herpes genitales
هيرپس منطقي	هيرپس زوستر	Herpes zoster
وردية حلقة	روزيولا انيولاريس	Roseola annularis
وردية خشكية او نخالية	روزيول فيرفيراسيه	Roseole fuifuracée
وردية زهرية	روزيولا سيفيليتيكا	Roseola syphilitica

الاصطلاحات العربية	الاصطلاحات الأجنبية بالعربية	الاصطلاحات الأجنبية باقتها
ورم ثؤلولي مخنف	كونديلوماتا لاتا	Condylomata lata
ورم ليس به التهاب حاد	ايندولينت بيوبو	Indolent bubo
يرقان	ايكتيروس	Icterus
يرقان الطفولة	ايكتيروس نيوناتوروم	Icterus Neonatorum
يود غلوى	كوللويدال ايودين	Colloidal Iodine
يودون	يودون	Iodone
يوديبين	يوديبين	Iodipine



فهرست الرسوم

صفحة	نمرة الرسم
٢٢	(١) صورة قرد ملقح بميكروب الزهري
٢٤	(٢) ميكروب سپيروشيتا
٣٤	(٣) صورة مريض بالزهري ظهر الشانكر على ذقنه
٤١	(٤) شانكر متأكل - قرحة واحدة
٤١	(٥) شانكر متأكل - ثلاث قرح
٤٣	(٦) شانكر متأكل - قرحتين
٤٤	(٧) شانكر متأكل
٤٦	(٨) شانكر متأكل ومتقرح - ٤ قرح
٤٧	(٩) شانكر متقرح
٤٨	(١٠) شانكر مختلف.
	(١١) « ١ » قضيب به طفح جلدي حليمي نتيجة الجرب
٤٩	« ٢ » قضيب به قرحة زهرية مع عدوى ثانوية بميكروب القرحة الرخوة .
	« ٣ » قضيب به مرض مولا سكم كوتا جيوزا .
٥٠	(١٢) قضيب به شانكر متأكل
٥١	(١٣) شانكر مجرى البول
٥٣	(١٤) شانكر مجرى البول
	(١٥) « ١ » شانكر على شفرة الفرج
٥٨	« ٢ » شانكر على شفرتي الفرج
	« ٣ » تقرحات زهرية ثانوية على الفرج
	« ٤ » شانكر متقرح على شفرتي الفرج

صفحة	غرة الرسم
٦٥	(١٦) صورة البعثة شون مكتشف « سـپروشيتا پاليدا »
٦٨	(١٧) ورم هادىء نتيجة ظهور شانكر على القضيب
٧١	(١٨) زهرى عنق الرحم
٧٤	(١٩) شانكر مخفف تحت ورم القلفة
٨١	(٢٠) طفح حليمى
٨٥	(٢١) قرحة زهرية على الشفر الايسر لفرج سيدة
٨٨	(٢٢) « ا » سيدة بها طفح زهرى حليمى
	« ب » مهبل مفتوح بالآتين وعليه لطخ مخاطيه
٨٩	(٢٣) طفح زهرى الحلقات الكبيرة
	(٢٤) « ١ » تقرح زهرى على الشفتين والاثف نتيجة الزهرى الخبيث
٩٢	« ٢ » لطخ متضخمة على اللسان
	« ٣ » فتحة بالحنك الصلب والحنك الرخو
	« ٤ » التهاب « بين الاغشية » الزهرى باللسان
٩٥	(٢٥) طفح زهرى منتشر على العنق بشكل ثعبانى
٩٦	(٢٦) ورم ثؤلولى على فتحة الشرج
	(٢٧) « ١ » شانكر على اللسان
٩٧	« ٢ » طفح زهرى عقدى ثعبانى
	« ٣ » صلع بالرأس نتيجة الزهرى
٩٩	(٢٨) طفح لطخى على الفخذين وجميع غدد المرأة متضخمة
١٠٠	(٢٩) « ١ » تقرح زهرى بشكل السكلاوى
	« ٢ » طفح زهرى توتى الشكل
١٠١	(٣٠) زهرى الحلقات الكبيرة حول العين
١٠٢	(٣١) شانكر على حلمة ثدى سيدة

صفحة	نمرة الرسم
١٠٣	(٣٢) « ١ » تقرحات زهرية على الصفن
	« ٢ » شانكر على الشفر الكبير
	(٣٣) « ١ » صمغية زهرية جلدية متأكلة من الداخل
	« ٢ » زهرى الاظافر
١٠٥	« ٣ » هريس تناسلى على القضيب
	« ٤ » شانكر نتيجة عدوى على اصبع طبيب
	« ٥ » شانكر على الفتحة الامامية للقضيب
١١٣	(٣٤) زهرى البقع البيضاء على عنق سيدة
١١٧	(٣٥) « ١ » داحس زهرى
	« ٢ » التهاب بلحى زهرى وراثى
١٢٣	(٣٦) الصمغية الزهرية باللسان
١٣٥	(٣٧) صمغيات متقرحة على سطحى الشفرين الكبيرين
١٥٠	(٣٨) تقرحات زهرية ديفتيرية على الشفة السفلى لعنق الرحم
	(٣٩) طفل مصاب بالزهرى الوراثى (لاحظ التجمعات حول عينيه
١٥٨	ووسط « قورته »)
	(٤٠) « ١ » ولد تأكلت عظام انفه بالزهرى الوراثى
١٦١	« ٢ » طفح حليمى لطخى على جسم طفل مصاب بالزهرى الوراثى
	« ٣ » طفل صغير عنده تشقق على شفتيه نتيجة الزهرى الوراثى
١٦٩	(٤١) اسنان الزهرى الوراثى
١٧٠	(٤٢) اسنان الزهرى الوراثى
٢٣٠	(٤٣) قرحة زهرية على الشفة السفلى اختفت بعد استعمال ٣ حقن زرنيفية
٢٣١	(٤٤) قرحة زهرية على الشفة العليا مصحوبة بتورم فى الشفة
٢٣٣	(٤٥) « ١ » صمغيات زهرية اختفت باستعمال الزيلبرسالفارسان
	« ٢ » سيدة عولجت بالزيلبرسالفارسان فاخفى الطفح

صفحة	تمرة الرسم
٢٣٦ {	(٤٦) « ١ » حلمات زهرية عائدة للظهور على الاتف
	« ٢ » تقرحات زهرية ظهرت على المريض في دور تعميم العدوى
٢٤١	(٤٧) لسان متضخم في نصفه الامامى وبه صمغيات زهرية متقرحة
٢٤٥ {	(٤٨) « ١ » صمغية زهرية عميقة
	« ٢ » صمغية زهرية في دور الشفاء
٢٥٦	(٤٩) قطاع امامى خلفى وسط الجسم عند الذكور
٢٥٧	(٥٠) تشرح تقريبي لمجرى البول « عند الذكور »
٢٥٨	(٥١) صورة الخصية وما حولها « البربخ والحبل المنوى وغيرها »
	(٥٢) السطح الاسفل للمثانة وما عليه من الاعضاء « البروستاتا
٢٥٩	والحويصلات المنوية . . . »
٢٦٠	(٥٣) منطقة الاعضاء التناسلية الخارجية عند النساء
٢٦١	(٥٤) الاعضاء التناسلية الداخلية عند المرأة
٢٦٦	(٥٥) ميكروبات السيلان داخل الخلايا
٢٦٨ {	(٥٦) « ١ » ميكروبات السيلان خارج الخلايا
	« ٢ » ميكروبات السيلان داخل وخارج الخلايا
٢٨٢	(٥٧) الآت فحص مجرى البول : يوريثروسكوب . سيستوسكوب . الخ
٢٩٥	(٥٨) مجسات
٣١١	(٥٩) جهاز كامل به مجموعة من المجسات
٣٢٣	(٦٠) منظار مجرى البول (يوريثروسكوب)
٣٢٤	(٦١) فحص مجرى البول
٣٣٦	(٦٢) التهاب البروستاتا
٣٤٥	(٦٣) التهاب سيلانى بغدة بارتولين مصحوب بالتهاب في مجرى البول
٣٤٩ {	(٦٤) « ١ » عنق الرحم في حالة التهاب سيلانى حاد
	« ٢ » عنق الرحم في حالة التهاب سيلانى مزمن

صفحة	نمرة الرسم
٣٥٠	(٦٥) « ١ » عنق الرحم في حالة التهاب بسيط غير سيلاني
	« ٢ » عنق الرحم في حالة احتقان بسيط وراثي
٣٥٩	(٦٦) التهاب وخراج ضخم في غدة بارتولين اليسرى
٣٧٢	(٦٧) ميكروب القرحة الرخوة (عينه من سطح القرحة)
٣٧٣	(٦٨) ميكروب القرحة الرخوة (عينه من قطاع بالجلد)
٣٧٤	(٦٩) ميكروب القرحة الرخوة (عينه من مزرعه)
٣٧٨	(٧٠) قرحة رخوة على اصبع طيب
٣٨٢	(٧١) قرحة رخوة متأكلة جداً « الكوس فاجيدينيكوم »
٣٨٤	(٧٢) قرحة رخوة على جلد القضيب مع قرحة زهرية بأسفل الشفة
٣٨٩	(٧٣) قرحة رخوة على الفرج .

- 000 -

فهرست الجداول

صفحة	نمرة الجدول
١٧٢	(١) المضاعفات التي تظهر على الاطفال المزهورين وراثيا
١٨٠	(٢) تفاعل فازرمان في الزهرى الوراثي (احصائية جويسبرى)
١٨١	(٣) تفاعل فازرمان في الزهرى الوراثي (احصائية المؤلف)
	(٤) مقدار المال الذي تدفعه وزارة الصحة بانجلترا للبلديات
٤٢٦	مساعدة لها على مقاومة الأمراض التناسلية

فهرست الكتاب

صفحة

	(١) اهداء الكتاب .
	(٢) مقدمة الطبعة الثانية .
	(٣) مقدمة الطبعة الأولى .
١٢	(٤) مقدمة لمحاضرات المؤلف بالجامعة المصرية .
١٦	الزهرى
١٦	(٥) تاريخه .
٢٢	(٦) أسباب المرض .
٢٣	(٧) ميكروب الزهرى .
	(٨) طرق العدوى :-
٢٨	(١) العدوى المكتسبة .
١٤٦	(٢) العدوى الوراثية .
٣٥	(٩) أدوار الزهرى :-
٣٦	(١) دور الحضنة
٣٦	(٢) دور القرحة الزهرية
٦٦	(٣) دور تعميم العدوى
١٢٩	(٤) دور خمول المرض
١٣٣	(٥) دور رجوع ظهور الأعراض
٣٧	(١٠) القرحة الزهرية - الشانكر .
٤١	(١١) أقسام الشانكر من حيث مكانه :-
٤١	(١) الشانكر التناسلى
٤٢	(٢) الشانكر الغير التناسلى .
٤٣	(١٢) أقسام الشانكر من حيث شكاه :-

صفحة

٤٤	(١) الشانكر المناكل
٤٦	(٢) الشانكر المتقرح
٤٨ و ١٥٥	(سيفيليس دامبليه)
٥٠	(٣) الشانكر الكبير أو الضخم
٥٠	(٤) الشانكر البتري
٥٢	(٥) شانكر تاج الحشفة
٥٢	(٦) شانكر مجرى البول .
٥٤	(١٣) تشخيص الشانكر .
٦٧	(١٤) زهري الأوعية والغدد الليمفاوية .
٧٥	(١٥) الأعراض المندرة في الزهري .
٧٩	(١٦) زهري الجلد
٨٢	(١٧) أنواع الطفح الجلدي :-
٨٢	(١) الطفح الزهري اللطخي
٨٧	(٢) الطفح الزهري الحليمي :-
٨٩	(١) زهري الحلمات الكبيرة
١٠٠	(ب) زهري الحلمات الصغيرة
١٠٦	(٣) الطفح الزهري البثرى :-
١٠٧	(١) زهري البثور الكبيرة
١٠٩	(ب) زهري البثور الصغيرة
١١٠	(٤) الطفح الزهري العقدي
١١٠	(٥) الزهري المصبوغ :-
١١١	(١) زهري البقع البيضاء
١١٣	(ب) زهري البقع القائمة

صفحة

- (١٨) زهرى الشعر والأظافر : - ١١٤
- (١) الصلع الزهرى ١١٤
- (٢) زهرى الأظافر : - ١١٦
- (١) الداحس الزهرى ١١٦
- (ب) خارج الداحس الزهرى ١١٩
- (١٩) زهرى الفم . ١٢٠
- (٢٠) زهرى باقى أعضاء الجسم . ١٢٧
- (٢١) زهرى الجهاز التناسلى البولى عند الذكور والإناث : - ١٤٣
- (١) زهرى مجرى البول عند الذكور ١٤٣
- (٢) زهرى المثانة عند الذكور ١٤٤
- (٣) زهرى البروستاتا ١٤٥
- (٤) زهرى الخصية والبربخ ١٤٥
- (٥) زهرى السكلى عند الذكور ١٤٧
- (٦) زهرى المجرى البولى التناسلى عند الإناث ١٤٧
- (٢٢) الزهرى الخبيث ١٥٣
- (٢٣) سيفيليس دامبليه . ١٥٥
- (٢٤) الزهرى الوراثى : - ١٥٦
- (١) أعراضه ١٥٧
- (ب) الطفح الجلدى ١٥٩
- (ح) زهرى السطوح المخاطية ١٦٣
- (د) باقى الأعراض المبكرة فى الزهرى الوراثى ١٦٤
- (هـ) الأعراض المتأخرة فى الزهرى الوراثى ١٦٨
- (٢٥) تشخيص الزهرى ١٧٣

صفحة

- (٢٦) عملية فازرمان (ع . ف .) : - ١٧٦
- (١) احصائيات عن قيمة هذه العملية في التشخيص ١٧٧
- (٢) قيمة (ع . ف .) في نظر خصومها وانصارها ١٨٢
- (٣) كيف تنتفع بـ (ع . ف .) . ١٨٦
- (٢٧) السائل المحي النخاعي . ١٨٨
- (٢٨) علاج الزهري : - ١٩٣
- (٢٩) الزئبق . ١٩٣
- (٣٠) الزرنيخ : - ١٩٩
- (١) سالفارسان (٦٠٦) ١٩٩
- (٢) نيوسالفارسان (٩١٤) ٢٠٣
- (٣) تراكيب زرنيخية من مجموعة أخرى . ٢٠٩
- (٣١) اليزموت : - ٢١١
- (١) أملاح ذائبة ٢١١
- (٢) أملاح غير ذائبة ومعلقة ٢١٣
- (٣) اليزموت الكوللويدال . ٢١٦
- (٣٢) اليود . ٢١٧
- (٣٣) الكبريت . ٢٢٠
- (٣٤) النحاس . ٢٢٢
- (٣٥) الزنك . ٢٢٢
- (٣٦) الذهب . ٢٢٣
- (٣٧) ملخص علاج الزهري في أدواره المختلفة : - ٢٢٥
- (١) العلاج في دور الحضانة ٢٢٥
- (٢) العلاج في دور القرحة الزهرية ٢٢٩

صفحة

٢٣٤	(٣) العلاج في دور تعميم العدوى
٢٤١	(٤) العلاج في باقى أدوار الزهري .
٢٤٦	(٣٨) علاج الزهري الوراثى .
٢٤٧	(٣٩) علاج الزهري الخبيث .
٣٩٩	(٤٠) الزهري والاذن بالزواج .
٤١١ (٢٢٦ الى ٢٢٨) و ٤١١	(٤١) طرق الوقاية من الزهري .
	(٤٢) نقل العدوى بالزهري للغير وهل يترتب عليه
٢٤٩	مسئوليات مدنية أو جنائية ؟ : —
٢٤٩	(١) المسؤولية المدنية
٢٥١	(٢) المسؤولية الجنائية .
٢٤٣	(٤٣) أهم المراجع وكتب الاستشهاد .

مرضه السيلاى عند الرجال

٢٥٥	(٤٤) السيلاى
٢٥٥	(٤٥) تاريخه .
٢٥٧	(٤٦) مقدمة تشريحية للاعضاء التناسلية عند الرجال والانات .
٢٦٦	(٤٧) اسباب مرض السيلاى — ميكروب السيلاى
٢٧٢	(٤٨) أدوار السيلاى : —
٢٧٢	(١) دور الحضانة
٢٧٣	(٢) السيلاى الحاد بمجرى البول الامامى والخلفى
٢٧٧	(٣) تشخيص السيلاى الحاد
٢٨٤	(٤) الشانكر السيلاى
٢٨٨	(٥) علاج السيلاى الحاد
٣٠٣	(٦) العلاج الاجهاضى للسيلاى

صفحة

٣٠٥	(٧) علاج السيلان بالتحليل الكهربائي
٣٠٧	(٨) علاج السيلان بالمخونة
٣٠٩	(٩) علاج السيلان بالمصل وبالقاكسين .
٣١٦	(١٠) السيلان المزمن .
٣١٦	(١) أعراض وتشخيص السيلان المزمن
٣٢٢	(٢) منظار مجرى البول
٣٢٦	(٣) ضيق مجرى البول .
٢٣١ و (٣٢٩)	(٤٩) التهاب البروستاتا (الحاد) والمزمن .
٢٣٤	(٥٠) التهاب السيلاني بالخصية وبالبربخ وبقناة نل المي .
٢٣٨	(٥١) التهاب الحويصلات المنوية
٢٣٨	(٥٢) التهاب المثانة السيلاني .
٢٤٢	(٥٣) سيلان المستقيم .
٢٤٤	(٥٤) مرض السيلان عند النساء
٢٤٦	(١) سيلان المثانة والحالب
٢٤٦	(٢) سيلان الفرج والمهبل
٢٤٨	(٣) السيلان الحاد بعنق الرحم والرحم
٢٥١	(٤) السيلان المزمن بعنق الرحم والرحم
٢٥١	(٥) السيلان بقناتي فاللوب
٢٥٢	(٦) السيلان بالمبيضين
٢٥٢	(٧) علاج عنق الرحم والرحم في الحالات الحادة
	(٨) علاج عنق الرحم والرحم في الحالات الصنف
٢٥٤	الحادة والمزمنة
٢٥٦	(٩) علاج بوق فاللوب في التهاب الحاد والمزمن

صفحة

٣٥٦	(١٠) علاج المبيضين في السيلان الحاد والمزمن
٣٥٧	(١١) علاج مجرى البول والمثانة وفتحة الشرج والمستقيم
٣٥٩	(١٢) الشانكر السيلاني وأنواعه عند النساء
٣٦١	(١٣) علاج الشانكر السيلاني النسائي .
٣٦٢	(٥٥) علاج السيلان بواسطة الفورمالين .
٣٦٥	(٥٦) علاج السيلان بواسطة الدياتيرمي .
٤٤٢ و (٣٦٨)	(٥٧) العلاج الطبي الوقائي من السيلان
٣٦٨	(٥٨) علاج السيلان غير التناسلي
٣٦٨	(٥٩) ملاحظات عامة
٣٧٠	(٦٠) التهاب مجرى البول البسيط

٣٧١ القرحة الرخوة (٦١)

٣٧١	(١) أسباب المرض (سترينوباسيل دوكرية)
٣٧٣	(٢) طرق العدوى
٣٧٤	(٣) شكل القرحة وطريقة نموها
٣٧٥	(٤) موقع القرحة الرخوة من الجسم
٣٧٧	(٥) مكان ظهور هذه القرحة الرخوة على باقى أجزاء الجسم
٣٨١	(٦٢) أنواع القرحة الرخوة :-
٣٨١	(١) القرحة الرخوة العادية
٣٨١	(٢) القرحة الرخوة المرتفعة
٣٨١	(٣) القرحة الرخوة الجراحية
٣٨١	(٤) القرحة الرخوة الثعبانية

صفحة

(٥) القرحة الرخوة المتأكلة جداً - رسم غرة ٧١ ٣٨٢

(٦) القرحة الرخوة الفنغرينية ٣٨٢

(٧) القرحة الرخوة الدفتيرية ٣٨٢

(٦٣) التفحص في مرض القرحة السرخوة ٣٨٣

(٦٤) علاج القرحة الرخوة :- ٣٨٥

العلاج الطبى الوقائى ٣٨٥

(٢) العلاج الموضعى ٣٨٦

(٣) العلاج العام ٣٨٩

(٤) علاج الشانكر المختلط ٣٩٠

(٦٥) هل مرض القرحة الرخوة مرض موضعى ؟ ٣٩٠

(٦٦) الهريس التناسلى ٣٩٢

(٦٧) الشهاب الحشفة ٣٩٣

(٦٨) الأمراض التناسلية والأذن بالزواج ٣٩٧

(١) الزهري والزواج ٣٩٩

(٢) السيلان والزواج ٤٠٤

(٣) القرحة الرخوة وباقي الأمراض التناسلية والزواج ٤٠٩

(٦٩) العادات السرية ٤٠٩

(٧٠) أهم المراجع وكتب الاستشهاد ٤١٠

(٧١) طرق الوقاية من الأمراض التناسلية :- ٤١١

صفحة	
٤١١	(١) طرق الوقاية العامة :-
٤٢١	(١) مقاومة انتشار البغاء
٤٢٣	(ب) مقاومة انتشار الأمراض التناسلية
٤٣٩	(٢) طرق الوقاية الشخصية والطبية
٤٤٥	(٧٢) مجموعة صغيرة من الاصطلاحات الأجنبية
٤٥٢	(٧٣) فهرست الرسوم
٤٥٦	(٧٤) فهرست الجداول
٤٥٧	(٧٥) فهرست الكتاب

بعض الغلطات المطبعية

صفحة	سطر	خطأ	صواب
٩٧	٣	٢١	٢٦
١٠٤	١٧	٢٨	٣٤
١٠٩	٢٢ (الهامش)	٩٤	١٠٦
٤٢٦	١٦ »	1911	1921 (١)
٤٤٥	٢٥	ايكستينسوسيد	ايكستينسورسيد

(١) جاءت خطأ في بعض النسخ وصوابا في بعض النسخ .

تم طبع الكتاب في ٩ اكتوبر سنة ١٩٣١ .

دكتور فخرى ٨١ شارع الملكة نازلي القاهرة .

الضعف التناسلي

عند

الذكور والانات

انواعه وطرق الوقاية منه وعلاجه

تأليف

الدكتور محمد فوزي

طبيب الجلدية والأمراض التناسلية

٢ الضعف التناسلي هو أى نقص أو اختلال فى طبيعة أو توازن قوى الإنسان التناسلية ، والعناصر التى تتركب منها قوى الإنسان التناسلية اجمالاً هى :-
(١) الرغبة التناسلية (٢) القدرة على القيام بالعملية التناسلية (٣) الاستمتاع بلذة الجماع الكبرى (٤) النجاح فى الغرض البيولوجى النهائى من هذه العملية ، أى التامل ، بوجود عناصر انجاح التامل سليمة عند الذكر والانثى . وينقسم مؤلف « الضعف التناسلى » الى قسمين :-

(١) الكتاب الاول : الضعف التناسلى المحي :-

(١) إنعدام الرغبة التناسلية الكلى ، (ب) إنعدام الرغبة التناسلية الجزئى ،
(ح) إنعدام اللذة التناسلية الكلى ، (د) إنعدام اللذة التناسلية الجزئى .

(٢) الكتاب الثانى : (١) الضعف التناسلى النخاعى (وهو يشمل انواع

ضعف الجهاز العصبى التناسلى مع ما يصحبه من ضعف فى الجهاز العصبى العام) . (ب)

ضعف الاعضاء التناسلية ، (ح) الضعف النطفى التناسلى ، (د) طرق الوقاية من

هذه الأمراض وعلاجها . (لقد بدأنا طبع هذا المؤلف وأوشك الكتاب الاول

على النهاية ، وسيتم طبع الكتاب كله فى شهر يناير سنة ١٩٣٢) .

المرأة وفلسفة التناسليات

تأليف

الدكتور نحرى

طبيب الجار والاصراض التناسلية

ما هي التناسليات ؟ ، اسباب تأخر دراسة التناسليات ، المرأة واعضاؤها التناسلية ، شخصية المرأة وتمركزها ، الآداب العامة وجمال المرأة ، جمال المرأة وفلسفة التناسليات ، المرأة وحياتها الاجتماعية ، يقع في ٦٥١ صفحة وبه ٥١ رسماً .

انوار الحياة الزوجية

تأليف الدكتور ماري ستوب

(طبعة ثانية منقحة ومكبرة)

، الدرية لخدمة الشرقيين وللحرص على سعادة الزوجين وسلامة العائلة

الاستاذ تقولا حداد ، عدد صفحاته ٣٣٥ وثمنه ١٥ قرشاً .



هذه القواميس قد فررتها وزارة المعارف المصرية لمدارسها الثانوية والابتدائية

التمن { القاموس العصرى الانكليزى او العربى ٧٠ قرشاً والمدرسى ٣٥ قرشاً
والجيب الانكليزى ١٥ قرشاً والعربى ٢٠ قرشاً والاثنان معاً ٣٠ قرشاً

المطبعة المصرية بشارع الخليج الناصرى رقم ٦ بالفجالة بمصر - ول

(تطلب من المطبعة المصرية ، صندوق البريد ٩٥٤ بمصر)

٣٥	القاموس المصري ، انكليزي عربي لالياس انطون الياس (طبعة ثانية مختصرة)
٧٠	» » » » » » (طبعة ثالثة مطولة)
٣٥	» » عربي انكليزي » » (طبعة أولى مختصرة)
٧٠	» » » » » » (ثانية مطولة)
٣٥	» المدرسي » وبالعكس » » (طبعة جديدة مصورة)
٣٠	قاموس الجيب » » » » » »
٢٠	» » » انكليزي » » » »
١٥	» » » انكليزي عربي » » » »
٧٠	» مقراط سبيرو بك ، عربي انكليزي (باللفظ) باللغة العربية الدارجة
٥٠	» » » » انكليزي عربي (باللفظ) » »
١٠٠	» » » » » وبالعكس (باللفظ)
١٠	التحفة المصرية لطلاب الانكليزية (طبعة خامسة) لالياس انطون الياس
١٢	الهدية السنية لطلاب اللغة الانكليزية (باللفظ) » » »
١٠	الف كلمة الماني (كتاب لتعليم اللغة الالمانية بسهولة)
١٥	في أوقات الفراغ (للدكتور محمد حسين هيكل بك) مزين بالصور
١٠	عشرة أيام في السودان » » » » » »
١٢	مراجعات في الادب والفنون ، للاستاذ عباس محمود العقاد » »
٢٠	روح الاشتراكية (لغوستاف لوبون)
١٥	روح السياسة » »
١٠	الآراء والمعتقدات » »
٢٠	اصول الحقوق الدستورية (لايسمن) » » » » »
	الحضارة المصرية (لغوستاف لوبون) ترجمة الاستاذ صادق رستم
	مة الحضارات الاولى » » » » »
	لثة الاشتراكية (للمستتر رمزي مكدونالده) ترجمة الاستاذ محمود العرابي
	سبيل في مذهب النشوء والارتقاء (للاستاذ اسماعيل مظهر)

١٠	اليوم والغد	(للاستاذ سلامة موسى) مزين بالصور
١٠	مختارات سلامة موسى	» » » » »
١٠	نظرية التطور واصل الانسان	» » » » »
٢٠	أناطول فرانس في مبادئه	(للأمير شكيب ارسلان) مزين بالصور
١٥	الدنيا في اميركا	(للاستاذ امير بقطر) » »
١٠	المرأة الحديثة وكيف ندمها	(للاستاذ عبد الله حسين المحامي)
١٠	حصاد الهشيم	(للاستاذ ابراهيم عبد القادر المازني)
١٠	قبض الريح	» » » » »
٨	نسبات وزابع ، شعر منشور مصور	(للاستاذ تقولا يوسف) » »
١٠	رسائل غرام جديدة	(للاستاذ سليم عبد الأحد) » »
١٠	الغربال في الأدب المصري	(للاستاذ مخيايل نعيمه)
١٠	التربية الاجتماعية	(إلى بك فكرى)
٥	خواطر حمار	(ترجمة الاستاذ حسين الجمل) » »
٥	مركز المرأة في شريعتي موسى وحمورابي	(للعقاد)
٣	الحقوق الوطنية	(لفرنسيس ميخائيل)
٥	المرأة بين الماضي والحاضر	(للاستاذ محمود خيرت)
٥	التعليم والصحة	(للدكتور محمد عبد الحميد بك)
١٥	الحب والزواج	(تأليف الاستاذ تقولا الحداد) » »
١٥	ذكرأ وأنثى خلقهم	» » » » »
٥٠	علم الاجتماع (جزآن كبيران)	» » » » »
١٥	أسرار الحياة الزوجية ، طبعة ثانية ترجمة	» » » » »
٢٠	المرأة وفلسفة التناسلات	(الدكتور فخري) » »
٣٠	الأمراض التناسلية وعلاجها والوقاية منها	(للدكتور فخري) » »
١٥	الزنبق الحمراء (لاناطول فرانس وترجمة احمد الصاوي محمد)	»
١٠	تايبس ، طبعة ثانية	» » » » »
٥	مكايد الحب في قصور الملوك	(للاستاذ أسعد خليل داغر)
١٠	القصة القصيرة (٨٠ قصة كبرى مصورة للاستاذ توفيق عبد)	

